



Examen de salud del miembro

Apellido del miembro: _____
 Nombre del miembro: _____
 *Núm. de identificación de Medicaid del miembro: _____
 Núm. de identificación del miembro (plan): _____
 Contacto/teléfono del miembro: _____
 Proveedor de cuidado primario del miembro: _____
 Identificador nacional del proveedor correspondiente al proveedor de
 cuidado primario del miembro: _____
 *Fecha de finalización del examen: _____

Examen únicamente por determinante social (Medallion 4)	
No pudimos comunicarnos con el miembro.	
El miembro se negó a responder.	
Declaración de complejidad del miembro completa	

(*Los campos se validarán y los errores se devolverán al plan para su corrección.)

PARTE 1: Preguntas de clasificación médicamente complejas:

Pregunta 1: ¿Un doctor, enfermero o proveedor de cuidado de la salud le ha dicho que tuvo/tiene alguna de las siguientes afecciones? (**Marque todas las casillas correspondientes**):

<input type="checkbox"/>	Cáncer (activo)
<input type="checkbox"/>	EPOC o enfisema
<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Enfermedad cardíaca, ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca (corazón débil)
<input type="checkbox"/>	VIH o SIDA
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia renal o enfermedad renal en etapa terminal (ERET)
<input type="checkbox"/>	Enfermedad de Parkinson
<input type="checkbox"/>	Anemia falciforme
<input type="checkbox"/>	Accidente cerebrovascular, lesión cerebral o lesión vertebral
<input type="checkbox"/>	Trasplante o lista de espera para trasplante
<input type="checkbox"/>	Otra afección discapacitante crónica (de largo plazo): SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, debe completar la Declaración de complejidad del miembro.

Pregunta 2: ¿Alguna de las afecciones crónicas que marcó con anterioridad afecta su capacidad para realizar sus actividades diarias **Y** exige que reciba asistencia con cualquiera de las siguientes actividades? (**Marque todas las casillas correspondientes**):

<input type="checkbox"/>	Bañarse
<input type="checkbox"/>	Vestirse
<input type="checkbox"/>	Comer

	Usar el sanitario
	Caminar

Pregunta 3: ¿Un doctor, enfermero o proveedor de cuidado de la salud le ha dicho que tuvo/tiene alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las casillas correspondientes):

	Alcoholismo
	Trastorno bipolar o manía
	Depresión
	Trastorno de pánico
	Trastorno por estrés postraumático (TEPT)
	Trastorno psicótico
	Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo
	Trastorno por uso de sustancias o adicción
	Otra afección de salud mental crónica (de largo plazo): SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, debe completar la Declaración de complejidad del miembro.

Pregunta 4: ¿Alguna de las afecciones que seleccionó con anterioridad evita que realice sus actividades diarias? Sí No

Pregunta 5: ¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo y requiere ayuda con cualquiera de las siguientes actividades? (Marque todas las casillas correspondientes):

	Aprendizaje o resolución de problemas
	Escucha o habla
	Vida independiente
	Toma de decisiones sobre su salud o bienestar
	Cuidado propio (baño, aseo, alimentación)
	Viaje/transporte (conducción, viaje en autobús)

PARTE 2: Preguntas de clasificación de los determinantes sociales de la salud y la evaluación del riesgo para la salud:

PREGUNTA 1: ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

	Tengo vivienda.	
	Sí	No
	Me preocupa la posibilidad de perder mi vivienda.	
	No tengo vivienda (marque todas las opciones que correspondan):	
	Vivo con otras personas.	
	Vivo en un hotel.	
	Vivo en un refugio.	
	Vivo afuera (en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque).	
	Elijo no responder esta pregunta.	

PREGUNTA 2

(a): En los últimos **3 meses**, ¿tuvo la preocupación de que se le acabara la comida antes de que tuviera dinero para comprar más?

Sí	No
----	----

(b): En los últimos **30 días**, ¿usted o alguno de los miembros de su familia con quienes convive **no pudo** obtener alguno de los siguientes servicios cuando **realmente lo necesitaba**? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

Sí	No	Medicamentos recetados o medicamentos
Sí	No	Servicios
Sí	No	Ropa
Sí	No	Cuidado de niños
Sí	No	Teléfono
Sí	No	Cuidado de la salud (cita con el doctor, servicios de salud mental, tratamiento de adicciones)
		Elijo no responder esta pregunta.

PREGUNTA 3: ¿Cuántas veces ha acudido a la sala de emergencias o a un hospital en los últimos 90 días por una de las afecciones que mencionó con anterioridad? _____ (Ingrese un número del 0 al 99).

PREGUNTA 4: ¿Cuántas veces tuvo una caída en los últimos 90 días y requirió una visita al doctor, la sala de emergencias o al hospital debido a la caída? _____ (Ingrese un número del 0 al 99). (**Pregunta para la población adulta**)

PREGUNTA 5: ¿La falta de transporte impidió que accediera a citas médicas, reuniones, al trabajo o que obtuviera cosas necesarias para la vida diaria? **Marque todas las respuestas que correspondan.**

	Sí, impidió que accediera a citas médicas o que obtuviera mis medicamentos.
	Sí, impidió que accediera a reuniones no médicas, citas, al trabajo o que obtuviera cosas que necesito.
	No
	Elijo no responder esta pregunta.

PREGUNTA 6: Estado de cuidador (Pregunta para la población adulta)

Sí	No	¿Vive con al menos un niño menor de 19 años Y es la persona principal que cuida a este niño?
Sí	No	¿Vive con un adulto que requiere asistencia para bañarse, vestirse, caminar, comer o usar el sanitario y es su cuidador principal?

PREGUNTA 7: ¿Cuál es el nivel educativo más alto que ha completado? **(Pregunta para la población adulta)**

	Algunos años de escuela secundaria, sin diploma
	Diploma de la escuela secundaria o equivalencia (Desarrollo educativo general)
	Algunos créditos universitarios, sin título
	Credencial de mano de obra o certificación industrial después de la escuela secundaria
	Diplomado
	Licenciatura o superior
	Elijo no responder esta pregunta

PREGUNTA 8: ¿Tiene trabajo? **(Pregunta para la población adulta)**

	Tengo un trabajo a tiempo parcial o temporal.
	Tengo un trabajo a tiempo completo.
	No tengo trabajo, y estoy buscando uno.
	No tengo trabajo, y no estoy buscando uno.
	Elijo no responder esta pregunta.

PREGUNTA 9: ¿Le gusta su trabajo actual? (Pregunta para la población adulta)

Sí	No	Sí, me gusta mi trabajo.
Sí	No	Debo tener más de un trabajo porque no puedo encontrar un trabajo de tiempo completo.
Sí	No	Trabajo más de 40 horas por semana en dos o más trabajos de tiempo parcial.
Sí	No	He estado buscando trabajo durante más de 3 meses y no he recibido ninguna oferta.
Sí	No	Me gustaría obtener ayuda para buscar trabajo que me guste o que pague mejor.

PREGUNTA 10: En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja, expareja, un miembro de su familia o un cuidador (pago o no)?

	Sí
	No
	No está seguro/a.
	Elijo no responder esta pregunta.

PREGUNTA 11: ¿Tiene otro problema de salud u otra necesidad importantes que desearía analizar con alguien?

	Sí
	No

PREGUNTA 12: ¿Cuán pronto desearía que alguien se comuniquen con usted para analizar sus problemas de salud o sus necesidades?

	1-30 días
	31-60 días
	61-90 días
	91-120 días
	No se comuniquen conmigo.