



# RESPONDA TODAS LAS PREGUNTAS.

## Información de contacto

Primer nombre:	Apellido:
Número de teléfono:	Fecha de nacimiento:
Número de Medicare:	Número de identificación de Gold Kidney:

SÓLO PARA USO INTERNO  
 Tipo de evaluación (*deberá ser completado por el gestor del caso*):  Inicial  Anual  TOC

## Idioma/información cultural

1. ¿Prefiere otro idioma que no sea el inglés?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿qué idioma?

- Árabe     Chino     Francés     Alemán     Hindi  
 Coreano     Navajo     Español     Tagalo     Vietnamita  
 Otro \_\_\_\_\_

2. ¿Tiene creencias culturales o religiosas específicas que puedan afectar a su atención médica?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿a qué grupo de los siguientes pertenece?

- Amish     Bahá'í     Budista     Cristiano     Hindú  
 Testigo de Jehová     Judío     Musulmán     Adventista del séptimo día  
 Sij     Otro \_\_\_\_\_

Si ha marcado alguna de las casillas anteriores, ¿cuáles son las creencias concretas?

\_\_\_\_\_



3. ¿Cuál es su raza?

- |                                                                |                                                   |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Indígena americano o nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái          |
| <input type="checkbox"/> Indígena asiático                     | <input type="checkbox"/> Samoano                  |
| <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano                 | <input type="checkbox"/> Vietnamita               |
| <input type="checkbox"/> Chino                                 | <input type="checkbox"/> Blanco                   |
| <input type="checkbox"/> Filipino                              | <input type="checkbox"/> Otro asiático            |
| <input type="checkbox"/> Chamorro o guameño                    | <input type="checkbox"/> Otro isleño del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Japonés                               | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder.   |
| <input type="checkbox"/> Coreano                               |                                                   |

4. ¿Cuál es su etnia?

- |                                                                  |                                                                |
|------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> No de origen hispano, latino ni español | <input type="checkbox"/> Otro origen hispano, latino o español |
| <input type="checkbox"/> Puertorriqueño                          | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder.                |
| <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano    |                                                                |
| <input type="checkbox"/> Cubano                                  |                                                                |

5. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- |                                                               |                                               |
|---------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o inferior                 | <input type="checkbox"/> Título universitario |
| <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Título avanzado      |
| <input type="checkbox"/> Universidad incompleta               |                                               |

**Información general**

6. En general, ¿cómo calificaría su salud actual?

- |                                               |                                                |                                |                                  |                               |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente            | <input type="checkbox"/> Muy buena             | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
| <input type="checkbox"/> Imposible de evaluar | <input type="checkbox"/> Me niego a contestar. |                                |                                  |                               |

¿Tiene razones específicas para responder a la pregunta de la forma en que lo hizo?

---

---

---



**Actividad/ejercicio**

7. ¿Cuál es su nivel de actividad actual?

- Igual que hace tres meses    Mejor que hace tres meses  
 Peor que hace tres meses    Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

8. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos de ayuda en su hogar?

- Bastón    Andador    Muletas    Silla de ruedas manual    Scooter  
 Silla de ruedas eléctrica    Ninguno    Otro \_\_\_\_\_

**Consumo de sustancias**

9. ¿Con qué frecuencia consume alcohol?

- Nunca    A veces    A menudo    Muy a menudo  
 Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

10. ¿Consume sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?

- Sí    No    Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿desea dejar de consumir sustancias ilegales o medicamentos que no le han sido recetados?

- Sí    No    Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

11. ¿Consume productos de tabaco/nicotina como cigarrillos electrónicos/vapeadores o para mojar/masticar?

- Sí    No    Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿desea dejar de fumar o de consumir tabaco/productos con nicotina?

- Sí    No    Imposible de evaluar    Me niego a contestar.

**Salud mental**

12. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

- Ninguna (0)    Varios días (1)    Más de la mitad de los días (2)  
 Casi todos los días (3)

13. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado?

- Ninguna (0)    Varios días (1)    Más de la mitad de los días (2)  
 Casi todos los días (3)

*(Nota: Si la puntuación total para estas preguntas de PHQ-2 es 3 o mayor que 3, se deberían activar automáticamente preguntas adicionales de PHQ-9 con una posible derivación a Administración de casos).*



**Vacunación**

14. ¿Se ha vacunado contra la gripe?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuándo fue su última vacuna contra la gripe?

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

15. ¿Ha recibido la vacuna Td/Tdap en los últimos nueve años?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

16. Si tiene más de 50 años, ¿se ha vacunado contra el herpes zóster en algún momento después de cumplir 50 años?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

17. ¿Se ha vacunado contra el neumococo?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuántas veces?

- Primera dosis     Segunda dosis     Refuerzo     Imposible de evaluar

Me niego a contestar.

18. ¿Se ha vacunado contra la hepatitis?

En caso afirmativo, ¿cuántas veces?

- Una dosis     Dos dosis     Tres dosis     Imposible de evaluar

Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuándo recibió la última vacuna contra la hepatitis?

Fecha: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Afecciones crónicas**

19. ¿Le ha dicho alguna vez un médico que padece lo siguiente?

- |                                                 |                                                    |                                              |
|-------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Diabetes o prediabetes | <input type="checkbox"/> Hipertensión arterial     | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca    | <input type="checkbox"/> Asma                      | <input type="checkbox"/> EPOC                |
| <input type="checkbox"/> VIH/sida               | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Cáncer              |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar      | <input type="checkbox"/> Depresión                 | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia       |
| <input type="checkbox"/> Demencia               | <input type="checkbox"/> Problemas de audición     | <input type="checkbox"/> Problemas de visión |
| <input type="checkbox"/> Ninguna                | <input type="checkbox"/> Otra _____                |                                              |

*(Nota: Las evaluaciones específicas deberían activarse automáticamente para diabetes, enfermedad renal, enfermedad cardíaca y enfermedad pulmonar si estas fueron marcadas en la pregunta anterior).*



**Atención actual**

20. ¿Tiene un médico de atención primaria (médico habitual) al que pueda acudir fácilmente de forma rutinaria?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su médico de atención primaria?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

21. ¿Tiene otros médicos/especialistas a los que acude?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre y los datos de contacto de su especialista, y qué tipo de médico es?

\_\_\_\_\_

22. En los últimos tres meses, ¿ha visitado urgencias o ha pasado la noche en el hospital?

- Sí     No     Imposible de evaluar     Me niego a contestar.

En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué motivos?

\_\_\_\_\_

23. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos médicos en su hogar?

- Oxígeno     CPAP/BiPAP     Cierre de heridas por vacío     Bomba de insulina  
 Cama hospitalaria     Ninguno     Otro \_\_\_\_\_

**Actividades de la vida diaria (AVD)**

24. ¿Necesita ayuda de otras personas para realizar actividades diarias como comer, vestirse, arreglarse, sentarse y levantarse de la silla, bañarse, caminar, o ir al baño?

- Sí     No

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

- Sí     No



**Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)**

25. ¿Necesita ayuda de otras personas para ocuparse de cosas como lavar la ropa, realizar las tareas domésticas, hacer las compras, usar el teléfono, cocinar o preparar comida, conducir o usar el transporte público, hacer reparaciones en el hogar, o tomar sus propios medicamentos?

- Sí       No

En caso afirmativo, ¿obtiene la ayuda que necesita?

- Sí       No

**Caídas**

26. ¿Se ha caído más de una vez en los últimos seis meses? (Una caída es cuando su cuerpo se va al suelo sin que se lo empuje).

- Sí       No       Imposible de evaluar       Me niego a contestar.

**Situación de vivienda**

Si alguien elige las respuestas subrayadas, es posible que tenga una necesidad social insatisfecha relacionada con la salud.

27. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Tengo un lugar estable para vivir.  
 Actualmente tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro.  
 No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o de tren, o en un parque).

Otra \_\_\_\_\_

28. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

SELECCIONE TODOS LOS QUE CORRESPONDAN.

- |                                                                        |                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> <u>Plagas como bichos, hormigas o ratones</u> | <input type="checkbox"/> <u>Faltan detectores de humo o no funcionan.</u> |
| <input type="checkbox"/> <u>Moho</u>                                   | <input type="checkbox"/> <u>Fugas de agua</u>                             |
| <input type="checkbox"/> <u>Pintura o tuberías con plomo</u>           | <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores                        |
| <input type="checkbox"/> <u>Falta de calefacción</u>                   | <input type="checkbox"/> Otro                                             |
| <input type="checkbox"/> <u>El horno o la cocina no funcionan.</u>     | _____                                                                     |



**Alimentos**

Algunas personas han hecho las siguientes afirmaciones sobre su situación alimentaria. Responda si las afirmaciones fueron A MENUDO, A VECES o NUNCA ciertas para usted y su hogar en los últimos 12 meses.

29. En los últimos 12 meses, le preocupó que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más.

- A menudo cierto                       A veces cierto                       Nunca cierto

30. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró no duraron, y no tuvo dinero para comprar más.

- A menudo cierto                       A veces cierto                       Nunca cierto

**Transporte**

31. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, a reuniones o al trabajo; o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?

- Sí             No

**Medicamentos**

32. ¿Tiene alguna dificultad para conseguir sus medicamentos?

- Sí             No

En caso afirmativo, ¿qué dificultad tiene para conseguir sus medicamentos?

\_\_\_\_\_

33. ¿Entiende sus medicamentos y cómo tomarlos?

- Sí             No             Imposible de evaluar                       Me niego a contestar.

En caso negativo, ¿qué es lo que no entiende?

\_\_\_\_\_

**Dolor**

**(Si un miembro obtiene una puntuación positiva, dérvelo inmediatamente a Administración de casos).**

34. En los últimos siete días, ¿cuánto dolor ha sentido?

- Nada             Poco             Mucho

Si ha sentido dolor, especifique el lugar o la causa del dolor.

\_\_\_\_\_



35. ¿Tiene instrucciones anticipadas? *(Una instrucción anticipada es un documento escrito en el que se expresan sus deseos de atención médica en caso de que no pueda hablar por sí mismo).*

- Sí       No       Imposible de evaluar       Me niego a contestar.

En caso negativo, ¿podemos facilitarle información relativa a las instrucciones anticipadas?

- Sí       No       Imposible de evaluar       Me niego a contestar.

**Informe**

36. Estado de la evaluación:     Pendiente     Finalizada     Rechazada

Fecha de finalización: \_\_\_\_\_

¿Quién completó el formulario?     Miembro     Cónyuge     Familiar o amigo

Envíe el formulario completo a:

Gold Kidney Health Plan  
Attention: Enrollment Department  
P. O. Box 285  
Portsmouth, NH 03802