



## 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):<br><b>SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, debe completar la Declaración de complejidad del miembro.</b> |

**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):<br><b>SI LA RESPUESTA ES “SÍ”, debe completar la Declaración de complejidad del miembro.</b> |

**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 ( <b>marque todas las opciones que correspondan</b> ): |    |
|  | 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. |