

De 0 a 21 años EVALUACIÓN DE SALUD

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera que pueda. Las respuestas no afectarán los beneficios de Medicaid de su hijo. El administrador de la atención podrá revisar la información que usted brinde. La información puede compartirse con el médico de atención primaria y el equipo de cuidados del miembro para la coordinación de cuidados.

IMPORTANTE: Complete las preguntas y respuestas sobre el miembro (no sobre el padre o tutor). Algunas preguntas pueden no aplicarse a miembros menores de determinada edad.

La encuesta de valoración médica puede enviarse por correo electrónico a: HCHPEDIATRICS@AZBLUE.COM.

Información del miembro - REQUERIDO: asegúrese de completar el nombre de su hijo y la identificación de miembro. Esta información nos ayudará a saber quién es su hijo.

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de Medicaid: _____ Fecha de hoy: ____/____/____

Dirección postal: _____

Médico de atención primaria (PCP): _____

Información de contacto:

Nombre de la persona que completa este formulario: _____

Relación con el miembro:

☐ Miembro ☐ Padre o madre/tutor legal ☐ Otro (por favor, especifique): _____

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?

☐ Llamada telefónica ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico ☐ Correo postal

Número de teléfono: _____ Dirección de correo electrónico: _____

Raza u origen étnico:

☐ asiático ☐ nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
☐ indio americano o nativo de Alaska ☐ blanco
☐ negro o afroamericano ☐ otro: _____
☐ hispano o latino ☐ Prefiero no responder
☐ Medio Oriente/África del norte

¿Cuál es su idioma de preferencia?

☐ Inglés ☐ Chino (incluye cantonés, mandarín) ☐ Vietnamita
☐ Español ☐ Navajo ☐ Prefiero no responder
☐ Árabe ☐ Tagalo ☐ Otro: _____

Nos interesa respetar sus valores y creencias. ¿Usted/su hijo tiene alguna preferencia religiosa o cultural que deberíamos saber que pueda afectar su atención médica?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Por favor, describa: _____

¿Ha tenido usted/su hijo una consulta de medicina preventiva en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

De no ser así, ¿por qué motivo no completó la consulta de rutina?

☐ Falta de transporte ☐ Dificultad para programar una cita
☐ Imposibilidad para salir del trabajo ☐ Otro (explique, por favor): _____
☐ Nada _____

¿El miembro está al día con las vacunas?

☐ Sí ☐ No ☐ No sé ☐ Prefiero no responder

¿Cuándo recibió el miembro inmunizaciones/vacunas por última vez? Fecha: _____

¿Quién es el dentista o cuál es el consultorio dental de usted/su hijo?

La última consulta dental del miembro fue:

☐ Dentro de los últimos 6 meses ☐ Nunca
☐ Entre 6 y 12 meses atrás ☐ Prefiero no responder
☐ Hace más de 12 meses

¿El miembro recibe servicios de salud conductual?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", nombre del proveedor de salud conductual: _____

Medicaciones (bajo receta y de venta libre) que el miembro está tomando actualmente:

☐ Ninguno

☐ Prefiero no responder

Nombre del medicamento	Dosis (cuánto)	Cómo la toma (por ejemplo: por boca o inyección)	¿Cada cuánto la toma?

Puede agregar más medicamentos en el dorso del formulario si es necesario.

Enumere otros medicamentos que haya tomado en los últimos 5 años, para qué eran y cuál fue el resultado:

Enumere las estancias hospitalarias o procedimientos mayores del miembro, como cirugías.

- ☐ El miembro no tuvo ninguna estancia hospitalaria ni procedimientos previos ☐ Prefiero no responder

Motivo de la estancia hospitalaria o el procedimiento			Fecha

Puede agregar más estancias hospitalarias y procedimientos en el dorso del formulario si es necesario.

¿El miembro fue a un departamento de emergencia (ED, por sus siglas en inglés) para cuidados en los últimos seis meses?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", por favor, explique el motivo de la consulta al ED, la ubicación y la fecha de la consulta:

En general, ¿cómo describiría la salud del miembro?

- ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena
☐ Regular ☐ Mala ☐ Prefiero no responder

¿El miembro tiene alguna de las siguientes afecciones o diagnósticos?

- | | |
|--|--|
| ☐ Trastorno de ansiedad | ☐ Enfermedad de los riñones |
| ☐ Asma | ☐ Dificultad de aprendizaje: |
| ☐ Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés) | ☐ Enfermedad del hígado |
| ☐ Trastorno del espectro autista | ☐ Condición metabólica |
| ☐ Trastorno autoinmune | ☐ Anemia de células falciformes |
| ☐ Defecto congénito | ☐ Trastorno de la piel |
| ☐ Cáncer | ☐ Trastorno por consumo de sustancias |
| Si la respuesta es "sí", por favor, especifique tipo y ubicación: | ☐ Trastorno de tiroides |
| | ☐ Trasplante |
| | Si la respuesta es "sí", ¿qué órgano?: |
| ☐ Fibrosis quística. | ☐ Deficiencia de audición |
| ☐ Depresión / trastorno bipolar / otro trastorno del estado de ánimo | ☐ Deficiencia de visión |
| ☐ Diabetes | ☐ Ninguno |
| ☐ Síndrome de Down | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Trastorno de la conducta alimentaria | ☐ Otro (agregue todo lo que no estuviera incluido antes): |
| ☐ Epilepsia/trastornos convulsivos | |
| ☐ Trastorno genético | |
| ☐ Condición cardíaca | |

¿El miembro tuvo alguna enfermedad o recibió algún diagnóstico?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", indique las enfermedades o los diagnósticos:

¿Usted/su hijo está siguiendo una dieta especial?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ Otro

Explique la dieta especial:

Actividades de la vida diaria

Por favor, califique el nivel de independencia del miembro con lo siguiente:

Bañarse o ducharse

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Vestirse

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Usar el baño

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Acostarse y levantarse de la cama, sentarse o levantarse de una silla o de una silla de ruedas

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Comer

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Controlar la vejiga y los intestinos (evitar accidentes)

☐ Lo hace solo ☐ Lo hace con ayuda ☐ No lo hace ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

¿El miembro usa alguno de los siguientes elementos?

☐ Ninguno	☐ Oxígeno
☐ Monitor de apnea	☐ Oxímetro de pulso
☐ Dispositivo de comunicación	☐ Máquina de succión
☐ Sonda de alimentación	☐ Cama especial
☐ Bomba de alimentación	☐ Traqueostomía
☐ Audífonos	☐ Respirador
☐ Bomba de insulina	☐ Silla de ruedas
☐ Nebulizador	☐ Otro: _____
☐ Aparatos ortopédicos/férulas	☐ Prefiero no responder

¿Usted/su hijo usa anteojos o lentes de contacto?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder
- ☐ Otro (describa):

¿El miembro recibe alguna terapia o servicio?

- | | |
|---|--|
| ☐ Terapia de salud conductual/consultoría | ☐ Fisioterapia respiratoria |
| ☐ Diálisis (servicios para enfermedades renales) | ☐ Terapia del habla |
| ☐ Servicios de salud domiciliaria, incluidos los servicios de enfermería | ☐ Ninguno |
| ☐ Terapia ocupacional | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Fisioterapia | ☐ Otro: _____ |

¿El miembro recibe los servicios o la asistencia Women, Infants, and Children (WIC)?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿El médico del miembro alguna vez le dijo que tenía sobrepeso o peso bajo?

- ☐ Sí, sobrepeso ☐ Sí, peso bajo ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Cómo calificaría la nutrición general del miembro?

- | | |
|---|--|
| ☐ No hay preocupaciones | ☐ Hay muchas preocupaciones |
| ☐ Hay algunas preocupaciones | ☐ Prefiero no responder |

Si hay alguna preocupación, por favor, descríbalas a continuación:

¿La miembro alguna vez estuvo embarazada?

- | | |
|--|--|
| ☐ Sí | ☐ No se aplica |
| ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ No estoy seguro/a | |

Si la respuesta es "sí", por favor, brinde detalles, tales como el número de embarazos, la fecha de parto y cualquier complicación:

¿Cuenta el miembro con el apoyo que necesita de la familia, los amigos, los cuidadores y la escuela (si corresponde) para satisfacer sus necesidades de salud?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", por favor, brinde más información:

Ejercicio y actividad

En promedio, ¿cuántos minutos de actividad física o juego activo realiza el miembro todos los días?

☐ Menos de 30 minutos ☐ 60-90 minutos ☐ Prefiero no responder
☐ 30-60 minutos ☐ Más de 90 minutos

¿Cómo es el nivel de actividad del miembro comparado con otros de su edad?

☐ Mucho menos activo ☐ Casi igual ☐ Mucho más activo
☐ Menos activo ☐ Más activo ☐ Prefiero no responder

Sueño

En promedio, ¿cuántas horas de sueño obtiene el miembro todas las noches? _____ horas

En promedio, ¿cuántas horas por día pasa el miembro con una pantalla (TV, videojuegos, teléfono y otros dispositivos electrónicos)? _____ horas

¿Hay inquietudes sobre la salud o el desarrollo del miembro?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", descríbalos:

Cognitivo

¿El miembro se puede comunicar y comprende instrucciones?

☐ Sí ☐ No se aplica
☐ No ☐ Prefiero no responder
☐ No estoy seguro/a

¿El miembro puede aprender y recordar información sobre su salud?

☐ Sí ☐ No se aplica
☐ No ☐ Prefiero no responder
☐ No estoy seguro/a

NECESIDADES SOCIALES: las siguientes preguntas son sobre cosas básicas que las personas necesitan y que pueden afectar la salud. Sus respuestas nos ayudan a saber si el miembro necesita ayuda adicional. Si existen necesidades, alguien de nuestro equipo de administración de la atención puede comunicarse con usted.

Finanzas: ¿cada cuánto esto describe al miembro o a su grupo familiar? No tengo/tenemos suficiente dinero para pagar mis/nuestras cuentas.

- | | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| ☐ Nunca | ☐ A veces | ☐ Siempre |
| ☐ Rara vez | ☐ A menudo | ☐ Prefiero no responder |

Vivienda: ¿le preocupa o inquieta que en los próximos 2 meses podría no tener una vivienda estable de la que sea propietario, que alquile o en la cual se hospede como parte de un grupo familiar?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Comida: durante los últimos 12 meses, ¿le preocupó la posibilidad de que se quedaría sin alimentos antes de obtener dinero para comprar más?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Transporte: en los últimos 6 meses, ¿alguna vez tuvo que quedarse sin recibir atención médica porque no tenía cómo transportarse para llegar al lugar donde la recibiría?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Cuenta con servicios de cuidado infantil cuando los necesita?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Consumo de sustancias: por favor, responda las siguientes preguntas sobre el miembro, si tiene 12 años o más.

En el último año, ¿cuántas veces usó lo siguiente?:

Tabaco

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Alcohol

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Marihuana

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Medicamentos bajo receta que no le hubieran recetado (como analgésicos o Adderall)

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Drogas ilegales (como cocaína o éxtasis)

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Inhalantes (como óxido nitroso)

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

Hierbas o drogas sintéticas (como salvia, "K2" o sales de baño)

- | | | | |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|
| ☐ Semanal o más | ☐ Mensual | ☐ Una o dos veces | ☐ Nunca |
|--|----------------------------------|--|--------------------------------|

¿El miembro estuvo expuesto a alguna de estas drogas?☐ Sí☐ No☐ Prefiero no responderSi la respuesta es "sí", ¿cuál?:

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia el miembro se ha molestado por cualquiera de los siguientes problemas?

¿Se ha sentido triste, deprimido, irritable o sin esperanzas?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Ha sentido poco interés o gusto en hacer cosas?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Ha tenido problemas para dormir o permanecer dormido o ha dormido demasiado?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Ha tenido falta de apetito, pérdida de peso, aumento de peso o ha comido en exceso?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Se sintió cansado o con poca energía?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Se siente mal consigo mismo, siente que es un fracaso o que se ha decepcionado a usted mismo o a su familia?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Tiene problemas para concentrarse en actividades, como realizar tareas escolares, leer o ver la televisión?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Ha actuado o ha hablado tan lento que otras personas podrían haberse dado cuenta? O lo opuesto: ¿ha estado tan nervioso o inquieto que ha estado más activo de lo normal?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

¿Tiene pensamientos sobre que estaría mejor muerto o sobre hacerse daño de alguna manera?

☐ Nada en absoluto☐ Más de la mitad de los días☐ Prefiero no responder☐ Varios días☐ Casi todos los días

Escuela y bienestar social

¿El miembro va a la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si va a la escuela, ¿cada cuánto está ausente o llega tarde?

☐ Casi nunca ☐ Bastante frecuente ☐ Prefiero no responder
☐ A veces ☐ No se aplica

¿El miembro tiene un Individualized Education Plan (IEP) o 504 Health Plan?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

¿El miembro tiene amigos?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

¿El miembro se lleva bien con otros?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

El último año, ¿el miembro sufrió acoso o se sospecha que puede estar sufriendo acoso?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

¿Se controla el acceso del miembro a internet?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ No se aplica

Los niños, los adolescentes y los adultos jóvenes pueden beneficiarse de tener una declaración de voluntad anticipada, como un testamento en vida, un apoderado para asuntos médicos, un poder notarial duradero, una Medical Orders for Life-Sustaining Treatment (MOLST) o una Portable Orders for Life-Sustaining Treatment (POLST).

Esto es particularmente cierto para aquellas personas con condiciones de salud crónicas o potencialmente mortales.

¿El miembro cuenta con ese documento?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "sí", indique el tipo:

☐ Testamento en vida. ☐ Apoderado para asuntos médicos
☐ Poder notarial para asuntos de salud mental ☐ MOLST/POLST
☐ Poder notarial duradero ☐ Otro (por favor, especifique): _____

¿Desea obtener información sobre alguna de las opciones de planificación de vida?

☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro/a ☐ Prefiero no responder

OPCIONAL: las siguientes preguntas son opcionales. Hacemos estas preguntas para comprender sus necesidades. Toda la información se mantendrá confidencial.

¿Cuál es su sexo del miembro asignado al nacer o que figura en el documento de nacimiento?

- | | |
|------------------------------------|--|
| ☐ Masculino | ☐ Desconocido |
| ☐ Femenino | ☐ Prefiero no responder |

¿Cuál es la identidad de género del miembro?

- | | |
|---|--|
| ☐ Masculino | ☐ Categoría de género adicional u otra: _____ |
| ☐ Femenino | |
| ☐ Transgénero masculino / hombre trans / de femenino a masculino (FTM, por sus siglas en inglés) | ☐ Dos espíritus |
| ☐ Transgénero femenino / mujer trans / de masculino a femenino (MTF, por sus siglas en inglés) | ☐ No lo sé |
| ☐ Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino | ☐ Prefiero no responder |

¿Cuáles son los pronombres del miembro?

Cuando alguien habla con usted o con su hijo, ¿cómo prefiere que lo llamen?

- | | |
|--------------------------------------|--|
| ☐ Él / Lo | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Ella / La | ☐ No lo sé |
| ☐ Ellos / Les | ☐ Prefiero no responder |

¿Cuál es la orientación sexual del miembro?

- | | |
|---|--|
| ☐ Lesbiana, gay u homosexual | ☐ Otro, describa: _____ |
| ☐ Hetero o heterosexual | |
| ☐ Bisexual | _____ |
| ☐ No lo sé | _____ |
| ☐ Prefiero no responder | |

Referencias:

1. Waisman Activities of Daily Living Scale (W-ADL). Maenner MJ, Smith LE, Hong J, Makuch R, Greenberg J, Mailick MR. An Evaluation of an Activities of Daily Living Scale for Adolescents and Adults with Developmental Disabilities. Disability and Health Journal. 2013 Jan;6(1):8-17.
2. Screening to Brief Intervention (S2BI). Levy, S., Weiss, R., Sherritt, L., Ziemnik, R., Spalding, A., Van Hook, S., & Shrier, L. A. (2014). An electronic screen for triaging adolescent substance use by risk levels. JAMA Pediatrics, 168(9), 822–828.
3. Patient Health Questionnaire 9 for Adolescents (PHQ-A). Johnson JG, Harris ES, Spitzer RL, Williams JBW: Cuestionario de salud del paciente adolescente: Validación de un instrumento para la evaluación de trastornos mentales entre pacientes adolescentes de atención primaria. J Adolescent Health 30:196-204, 2002.
4. Health Leads Screening Toolkit, Herramienta de detección de necesidades sociales de la Academia Americana de Médicos de Familia (AAFP)