Evaluación integral de necesidades

Nombre del miembro (*Nombre, Apellido*): _____

CCA ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento del miembro (*MM/DD/AAAA*): _____

Nos gustaría conocerlo mejor. Le pediremos que proporcione cierta información personal, que incluye raza, origen étnico, sexo y preferencias de idioma. Recopilamos esta información para mejorar la calidad de la atención para todas las personas a las que servimos. Protegeremos sus respuestas y las mantendremos confidenciales. Este cuestionario es completamente voluntario. Puede optar por no responder alguna o todas las preguntas. Su atención y sus beneficios no cambiarán debido a sus respuestas o si no responde alguna o todas las preguntas.

1. **¿Cuál es su origen étnico?**
   - ☐ Hispano o latino, o de origen español
   - ☐ No hispano ni latino, ni de origen español
   - ☐ No lo sé
   - ☐ Elijo no responder

2. **¿Cuál es su raza? Puede seleccionar más de una respuesta.**
   - ☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska
   - ☐ Asiático
   - ☐ Negro o afroamericano
   - ☐ Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
   - ☐ Blanco
   - ☐ Otra raza. Especifique: _____
   - ☐ No lo sé
   - ☐ Prefiero no responder

3. **¿Cuál es su sexo asignado al nacer?**
   - ☐ Femenino
   - ☐ Masculino
   - ☐ Intersexual
   - ☐ No lo sé
   - ☐ Prefiero no responder

4. **¿Con qué género se identifica más?**
   - ☐ Femenino
   - ☐ Masculino
   - ☐ No binario/género queer
   - ☐ Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (MAH)
   - ☐ Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (HAM)
   - ☐ Otro, especifique: _____
   - ☐ Prefiero no responder

5. ¿En qué idioma prefiere hablar?
   - ☐ Inglés
   - ☐ Español
   - ☐ Portugués – brasileño
   - ☐ Portugués – europeo
   - ☐ Vietnamita
   - ☐ Chino – cantonés
   - ☐ Chino – mandarín
   - ☐ Francés
   - ☐ Criollo caboverdiano
   - ☐ Criollo haitiano
   - ☐ Árabe
   - ☐ Tagalo
   - ☐ Otro: especifique: _____

6. **¿En qué idioma prefiere leer?**
   - ☐ Inglés
   - ☐ Español
   - ☐ Portugués – brasileño
   - ☐ Portugués – europeo
   - ☐ Vietnamita
   - ☐ Chino – cantonés
   - ☐ Chino – mandarín
   - ☐ Francés
   - ☐ Criollo caboverdiano
   - ☐ Criollo haitiano
   - ☐ Árabe
   - ☐ Tagalo
   - ☐ Otro: especifique: _____

7. ¿En qué idioma prefiere escribir?

- ☐ Inglés
- ☐ Español
- ☐ Portugués – brasileño
- ☐ Portugués – europeo
- ☐ Vietnamita
- ☐ Chino – cantonés
- ☐ Chino – mandarín
- ☐ Francés
- ☐ Criollo caboverdiano
- ☐ Criollo haitiano
- ☐ Árabe
- ☐ Tagalo
- ☐ Otro: especifique: _____

8. ¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Si la respuesta es sí, ¿qué formato?
  - ☐ Braille
  - ☐ Archivo de audio
  - ☐ Letra grande
  - ☐ Otro _____

9. ¿Qué dispositivos o servicios de asistencia usa para la comunicación? (marque todos los que corresponda).

- ☐ TTY
- ☐ Interpretación remota por video (Video Remote Interpreting, VRI)
- ☐ Servicios de retransmisión de video (Video Relay Services, VRS)
- ☐ Servicios de intérprete
- ☐ Programas informáticos de lectura de pantalla
- ☐ Otro, especifique: _____
- ☐ Ninguna

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

- ☐ Grados 1-6
- ☐ Grados 7-9
- ☐ Grados 10-12
- ☐ Diploma de escuela secundaria
- ☐ Certificado vocacional
- ☐ Universitario (sin título)
- ☐ Título de asociado, especifique: _____
- ☐ Licenciatura, especifique: _____
- ☐ Título de posgrado, especifique: _____
- ☐ Prefiero no responder

11. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?

☐ Tengo un lugar estable para vivir

☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

☐ No tengo un lugar estable para vivir (me estoy hospedando de forma temporal con otras personas, en un hotel, en un refugio; estoy viviendo al aire libre en la calle, en una playa, en un automóvil, un edificio abandonado, estación de autobús o tren o en un parque)

☐ Prefiero no responder

12. ¿En qué tipo de casa vive?

☐ Hogar unifamiliar

☐ Departamento

☐ Casa rodante

☐ Hogar para ancianos, personas jubiladas o de vida asistida

☐ Sin hogar

☐ Otro, especifique: _____

13. Si no tiene hogar, describa su situación:

☐ Refugio, especifique: _____

☐ Se queda con amigos/familiares, especifique: _____

☐ Calle, especifique: _____

☐ Residencia de crisis, especifique: _____

☐ Otro, especifique: _____

14. ¿Con quién vive actualmente?

☐ Solo

☐ Pareja/compañero significativo

☐ Familia con hijos (menores de 18 años)

☐ Familia sin hijos

☐ Compañeros de apartamento

☐ Amigos

☐ Otro, especifique: _____

15. ¿Tiene hijos?

☐ Sí, mayores de 18 años

Si la respuesta es sí, ¿viven con usted?

☐ Sí

☐ No

☐ Sí, menores de 18 años

Si la respuesta es sí, ¿viven con usted?

☐ Sí

☐ No

☐ No, no tengo hijos

16. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (marque todos los que corresponda).

☐ Moho

☐ Pintura de plomo o pintura

☐ Calor inadecuado

☐ El horno o la estufa no funcionan

☐ Sin detectores de humo O los detectores de humo no funcionan

☐ Fugas de agua

☐ Ninguna de las anteriores

☐ Otro, especifique: _____

17. ¿Tiene un alquiler vencido o está pendiente de desalojo?

☐ Sí

☐ No

18. Indique si hay alguna necesidad especial en relación con la ubicación de la vivienda:

☐ Accesible para silla de ruedas

☐ No se puede subir escaleras

☐ Restricciones legales

☐ Otro, especifique: _____

19. ¿Tiene asignado un administrador de casos/asesor residencial?

☐ Sí

☐ No

20. ¿Recibe un subsidio de vivienda?

☐ Sí

☐ No

21. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su vivienda actual?

☐ Menos de 1 año

☐ 1-2 años

☐ Más de 2 años

22. ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? (marque todos los que corresponda).

☐ Empleo remunerado

☐ Asistencia en efectivo: SNAP, WIC o Desempleo

☐ Ingreso de seguridad suplementario (SSI):

☐ Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)

☐ Servicios para el VIH/sida (HASA)

☐ Beneficios para veteranos

☐ Beneficios de jubilación/Fondos de pensión

☐ Otro, especifique: _____

23. ¿Sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas (p. ej., alimentos, ropa, refugio?

☐ Sí

☐ No

24. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor los alimentos que ha consumido en su hogar en los últimos 12 meses?

☐ Tengo suficientes alimentos de los que quiero comer

☐ Tengo suficientes alimentos de los que quiero comer, pero no siempre tengo de los que quiero comer

☐ A menudo no tengo suficiente para comer

☐ No lo sé

☐ Prefiero no responder

25. Si no tiene acceso a los alimentos que necesita, ¿cuáles son las barreras?

- ☐ Finanzas
- ☐ Transporte
- ☐ Distancia al mercado de alimentos más cercano
- ☐ Físicamente incapaz de comprar
- ☐ Otro, especifique: _____

26. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir elementos necesarios para la vida diaria?

- ☐ Sí
- ☐ No

27. ¿Necesita ayuda para solicitar o hacer un seguimiento de los beneficios adicionales?

- ☐ Sí

  Beneficios adicionales necesarios. (marque todas las que correspondan).

  - ☐ Medicaid
  - ☐ Asistencia en efectivo
  - ☐ Estampillas para alimentos
  - ☐ Ingreso de seguridad suplementario
  - ☐ Administración de Servicios para el VIH/sida
  - ☐ Beneficios para veteranos
  - ☐ Audiencia imparcial
  - ☐ Otro, especifique: _____
- ☐ No

28. ¿En general, cómo calificaría su salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Aceptable
- ☐ Mala

29. ¿Ha sido atendido en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?:

☐ 1

☐ 2

☐ 3 o más

☐ No

30. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?:

☐ 1

☐ 2

☐ 3 o más

☐ No

31. ¿Ha tenido alguna hospitalización, procedimiento mayor o cirugía?

☐ Sí

Especifique:

_____

_____

☐ No

32. ¿Tuvo alguna enfermedad previa significativa o antecedentes de tratamiento?

☐ Sí

Especifique:

_____

_____

☐ No

33. ¿Está conectado con un proveedor de atención primaria o clínica?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información

Nombre del proveedor de atención primaria o clínica:

_____

Dirección del proveedor de atención primaria o clínica:

_____

Número de teléfono del proveedor de atención primaria o clínica:

_____

☐ No

Especifique:

_____

34. Diagnósticos médicos

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las que correspondan:

☐ Ansiedad
☐ Asma
☐ Trastorno bipolar
☐ Cáncer
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/enfisema
☐ Enfermedad cardíaca
☐ Demencia
☐ Diabetes
☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Insuficiencia renal
☐ Dolor en la parte baja de la espalda
☐ Trasplante de órganos
☐ Obesidad
☐ Esquizofrenia
☐ Derrame cerebral
☐ Hipertensión
☐ Ninguna
☐ Otro, especifique:

_____

35. ¿Se ha realizado un examen de detección de diabetes en el último año?

☐ Sí

Proporcione la fecha de la detección:

_____

☐ No

36. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?

☐ Aumento de la sed

☐ Aumento de la micción

☐ Ninguno

37. Si le han diagnosticado diabetes, ¿se ha realizado una prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información

Fecha de la última prueba de HbA1c:

_____

Resultados de la última prueba de Hba1c:

_____

☐ No, tengo una cita para hacerme una prueba de HbA1c

Fecha de la cita:

_____

☐ No, no tengo una cita para realizarme una prueba de HbA1c

Especifique:

_____

38. ¿Se ha realizado un examen de detección de asma o EPOC en el último año?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, indique la fecha de la selección:

_____

☐ No

39. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 4 meses?

☐ Tos

☐ Sibilancias

☐ Falta de aire

☐ Esputo excesivo

☐ Ninguno

40. ¿Se ha realizado un examen de presión arterial en el último año?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, indique la fecha de la selección:

_____

☐ No

41. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 4 meses?

☐ Mareos

☐ Palpitaciones

☐ Dolores de cabeza

☐ Falta de aire

☐ Ninguno

42. Función cognitiva: ¿Alguna vez se perdió eventos importantes como cumpleaños y citas debido a que los olvidó?

☐ Sí

☐ No

43. ¿Usted, sus amigos o familiares tienen inquietudes sobre su memoria?

☐ Sí

☐ No

44. Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para recordar, concentrarse o tomar decisiones?

☐ Sí

☐ No

45. Planificación de la vida: ¿Tiene una directiva anticipada, como un representante para la atención médica, poder notarial para la atención médica o testamento vital? (estos son documentos por escrito sobre la atención médica que desearía recibir si no pudiera hablar por su cuenta)

☐ Sí

Si la respuesta es sí, indique cuáles de los siguientes:

☐ Poder notarial

☐ Testamento en vida

☐ No reanimar (Do Not Resuscitate, DNR)

☐ Poder para la atención médica

☐ Órdenes médicas relacionadas con el tratamiento de prolongación de la vida (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)

☐ Órdenes médicas relacionadas con el tratamiento de la prolongación de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)

☐ No

46. ¿Necesita ayuda para obtener directivas anticipadas?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, especifique: _____

☐ No

47. ¿Hay algo que debamos saber sobre su cultura, creencias o prácticas religiosas que nos ayude a cuidarlo mejor?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, especifique: _____

☐ No

48. Exámenes de audición, visuales y dentales: ¿Tiene algún problema de audición?

☐ Sí

¿Es sordo o tiene dificultades graves al usar audífonos?

☐ Sí

☐ No

☐ No, no tengo problemas de audición

49. ¿Necesita asistencia para obtener servicios de audición?

☐ Sí

☐ No

50. ¿Tiene algún problema visual?

☐ Sí

¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso cuando usa anteojos?

☐ Sí

☐ No

☐ No, no tengo problemas visuales

51. ¿Necesita ayuda para obtener servicios oftalmológicos?

☐ Sí

☐ No

52. ¿Tiene algún problema dental?

☐ Sí

☐ No

53. ¿Necesita ayuda para obtener servicios dentales?

☐ Sí

☐ No

54. ¿Alguna vez pierde orina? (marque todos los que corresponda)

☐ Sí

¿Ocurre durante lo siguiente?

☐ De pie

☐ Tos

☐ Urgencia repentina

☐ Flexionado

☐ Ninguno

☐ No, no tengo pérdida de orina

55. Si corresponde, ¿cuántas veces por semana tiene pérdidas de orina?

☐ Ocasionalmente

☐ Diariamente

☐ Varias veces al día

☐ No corresponde

56. Si corresponde, ¿usa un catéter urinario o algún dispositivo urinario?

☐ Almohadillas

☐ Recolectores

☐ Catéter

☐ Ninguno

☐ No corresponde

57. ¿Tiene problemas para defecar?

☐ Sí

¿Cuántas veces por semana o mes sucede?

☐ Ocasionalmente

☐ Diariamente

☐ Varias veces al día

☐ No

58. Si corresponde, cuando tiene problemas para defecar, sus heces generalmente son:

☐ Flojas

☐ Formadas

☐ No corresponde

59. Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADLs): ¿Necesita ayuda con alguna actividad de la vida diaria (como arreglarse, vestirse, caminar, comer y beber, etc.)?

☐ Sí

¿Con cuál ADL necesita ayuda? (marque todas las que correspondan)

☐ Aseo personal

☐ Vestirse

☐ Bañarse y ducharse

☐ Entrar/salir de la cama/ducha

☐ Caminar

☐ Comer o beber

☐ Ir al baño

☐ Subir escaleras

☐ No, soy totalmente independiente

60. Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs): ¿Necesita ayuda con alguna actividad instrumental de la vida diaria (como usar el teléfono, preparar comidas, hacer las compras, transportarse, etc.)?

☐ Sí

¿Con cuál IADL necesita ayuda? (marque todas las que correspondan)

☐ Teléfono

☐ Preparación de comidas

☐ Lavandería

☐ Limpieza

☐ Compras

☐ Transporte

☐ No, soy totalmente independiente

61. Apoyo de un cuidador ¿Qué enunciado lo describe mejor?

☐ Usted es independiente y no necesita el apoyo de un cuidador.

☐ Usted no tiene un cuidador, pero se beneficiaría de la asistencia

☐ Tiene un cuidador y el apoyo es apropiado

Proporcione la siguiente información

Nombre del cuidador: _____

Número de contacto del cuidador: _____

☐ Tiene un cuidador, pero el apoyo es inapropiado

Proporcione la siguiente información

Nombre del cuidador: _____

Número de contacto del cuidador: _____

62. Si corresponde, ¿su cuidador actual vive con usted?

☐ Sí

☐ No

☐ No corresponde

63. Si corresponde, ¿cuál es su relación con el cuidador?

☐ Familiar

☐ Amigo

☐ Vecino

☐ Apoyo pagado

☐ No corresponde

64. Si corresponde, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas sobre su cuidador? (marque todas las que correspondan)

☐ El cuidador actual no puede continuar con las actividades de cuidado (p. ej., debido al deterioro de la salud del cuidador, lo que dificulta proporcionar apoyo)

☐ El cuidador actual no está satisfecho con el apoyo recibido de familiares y amigos (p. ej., otros hijos del miembro)

☐ El cuidador actual expresa sentimientos de angustia emocional o enojo

☐ El cuidador actual puede manejar las tareas sin dificultades

☐ No corresponde

65. Servicios de apoyo a largo plazo: ¿Cuenta con alguno de los siguientes apoyos a largo plazo? (marque todos los que corresponda)

☐ Asistentes de atención personal

☐ Servicios domésticos

☐ Lavandería

☐ Comestibles

☐ Transporte

☐ Ninguno

66. ¿Cuenta con alguno de los siguientes servicios de apoyo? (marque todos los que corresponda)

☐ Atención médica a domicilio

☐ Cuidado temporal para adultos

☐ Cuidado temporal grupal para adultos

☐ Enfermero a domicilio

☐ Ninguno

67. ¿Se beneficiaría de algún servicio de apoyo?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, ¿con qué servicios podría beneficiarse?

_____

☐ No

68. ¿Tiene otros sistemas de apoyo o asiste a grupos de apoyo (sociales, religiosos, de autoayuda, etc.)?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, especifique

_____

☐ No

69. ¿Hay alguien que pueda ayudarlo a sobrellevar cualquier problema que pueda estar teniendo?

☐ Sí

☐ No

70. ¿Tiene una afección que causa dolor?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, en una escala del 1 al 10, ¿cuál es el nivel de dolor? (10 es el nivel más alto)

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

☐ No

71. Si corresponde, en la última semana, ¿con qué frecuencia ha experimentado dolor?

☐ Diariamente

☐ Algunos días

☐ Nunca

☐ No corresponde

72. Si corresponde, ¿cómo trata su dolor? (marque todas las que correspondan)

☐ Ungüento/parche tópico

☐ Medicamentos de venta libre

☐ Medicamentos recetados

☐ Terapia con calor/frío

☐ Sin tratamiento

☐ Otro, especifique: _____

☐ No corresponde

73. Si corresponde, ¿el/los tratamiento(s) alivia(n) su dolor?

- ☐ Principalmente, sí
- ☐ A menudo
- ☐ A veces
- ☐ No

☐ No corresponde

74. ¿Ha perdido o aumentado de peso en los últimos 30 días?

☐ Pérdida de peso
Especifique cuántos kilogramos (kg): _____

☐ Aumento de peso
Especifique cuántos kilogramos (kg): _____

☐ No, no perdí ni subí de peso

75. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones (marque todas las opciones que correspondan)?

- ☐ Ansiedad
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Demencia
- ☐ Depresión
- ☐ Otro trastorno psicótico, especifique: _____
- ☐ Trastorno de estrés postraumático
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Trastorno por consumo de sustancias
- ☐ Ninguno

76. ¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:

- ☐ Alcohol
- ☐ Tabaco
- ☐ Marihuana
- ☐ Cocaína
- ☐ Opioides
- ☐ Crack
- ☐ Heroína
- ☐ Alucinógeno
- ☐ Metanfetamina
- ☐ Medicamentos recetados
- ☐ Otro, especifique: _____

☐ No

77. Si corresponde, especifique su modo preferido de administración de sustancias (marque todas las opciones que correspondan)

☐ Oral
☐ Inyección
☐ Inhalación/fumar
☐ Hinchazón
☐ Otro, especifique: _____
☐ No corresponde

78. ¿Cómo describiría su frecuencia de consumo de alcohol?

☐ Nunca
☐ Mensual o menos
☐ De 2 a 4 veces al mes
☐ De 2 a 3 veces por semana
☐ 4 o más veces por semana

79. ¿Ha consumido más de 5 bebidas en alguna ocasión durante el último año?

☐ Sí
☐ No
☐ No aplica (no bebo alcohol)

80. ¿Ha pensado o intentado reducir la cantidad de alcohol o drogas que consumió durante el último año?

☐ Sí
☐ No
☐ No corresponde

81. Si corresponde, seleccione el tratamiento que ha recibido para el consumo de alcohol y drogas (marque todas las opciones que correspondan)

☐ AA/NA/Autoayuda
☐ Preparación para la recuperación
☐ Mantenimiento con metadona
☐ Reducción de daños/intercambio de necesidades
☐ Desintoxicación (para pacientes hospitalizados o ambulatorios)
☐ No corresponde
☐ Sustancia/alcohol para pacientes hospitalizados (rehabilitación)
☐ Alcohol para pacientes ambulatorios
☐ Residencial
☐ Otro, especifique: _____

82. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? **Si necesita que alguien hable con usted o tiene pensamientos sobre lastimarse o lastimar a otras personas, llame al 988 para comunicarse con la línea de ayuda nacional disponible las 24 horas**

☐ Poco interés o placer al hacer las cosas

Con qué frecuencia:

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

☐ Sentir desgano, depresión o desesperanza

Con qué frecuencia:

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

83. ¿Tiene un proveedor de salud mental?

☐ Sí

Nombre del proveedor: _____

Tipo de proveedor: _____

Dirección del proveedor:

_____

_____

_____

☐ No

84. ¿Ha tenido una cita con un proveedor de salud mental?

☐ Sí

¿Cuándo fue la cita? _____

☐ No

85. ¿Tiene otra cita programada con su proveedor de salud mental?

☐ Sí

¿Cuándo es la cita? _____

☐ No

86. ¿Asiste regularmente a sus citas de salud mental?

☐ Sí

☐ No

☐ No corresponde

87. ¿Se siente seguro en su hogar?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es no, explique: _____

88. ¿Está trabajando actualmente con alguna agencia estatal?

☐ Sí

Si la respuesta es sí, especifique: _____

☐ No

89. ¿Toma algún medicamento con receta, vitaminas y suplementos?

☐ Sí

☐ No

Nombre del medicamento, vitamina o suplemento	Dosis	Frecuencia	Profesional que lo receta

90. Si corresponde, ¿toma sus medicamentos según lo recetado?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es no, marque todas las que correspondan:

☐ No puede pagar los medicamentos

☐ Creencia de que el tratamiento no es necesario o no me ayuda

☐ Dificultad para mantenerse al día con múltiples medicamentos y esquemas de administración de dosis complejos

☐ Confundido sobre cómo y cuándo tomar el/los medicamento(s)

☐ Efectos secundarios o miedo a los efectos secundarios

☐ Problemas con el transporte

☐ Citas perdidas

☐ No corresponde

91. ¿Tiene efectos secundarios de su/sus medicamento(s) recetados?

☐ Sí

☐ No

☐ No corresponde

92. ¿Comprende su(s) medicamento(s)?

☐ Sí

☐ No

Si la respuesta es no, explique: _____

☐ No corresponde

93. ¿Alguna vez ha tenido que dejar de tomar un medicamento debido a una alergia o efecto secundario?

☐ Sí

Enumere el medicamento y los motivos de la interrupción:

_____

☐ No

☐ No corresponde

94. ¿Tiene una farmacia principal donde surta sus recetas?

☐ Sí

Nombre de la farmacia: _____

Teléfono de la farmacia: _____

Dirección de la farmacia:

_____

_____

_____

☐ No

95. ¿Le interesa participar en una revisión anual del plan de atención?

☐ Sí

☐ No

FIN DEL FORMULARIO