Evaluación de necesidades de atención

13003652

Importante: Complete esta encuesta de salud lo mejor posible. Esta encuesta sirve para recopilar información sobre su salud que utilizamos a fin de brindarle una mejor atención. Según sus respuestas, podemos derivarlo a programas gratuitos para ayudarlo a mejorar su salud o prevenir enfermedades.

Instrucciones de la encuesta:



Complete este formulario para cada integrante de su familia. También puede completarlo en línea en **wellsense.org**



Responda cada pregunta marcando la casilla o ingresando su respuesta en el espacio provisto.



Una vez completada, devuelva la encuesta utilizando el sobre con franqueo pagado adjunto.

Responda a continuación:

Nombre: _____ **Número de identificación de miembro:** _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

Estamos aquí para ayudar

Si necesita otro formulario o tiene alguna pregunta, comuníquese a los siguientes números:

888-566-0010 (MassHealth) | 855-833-8120 (planes Clarity, MA) | 855-833-8122 (planes Clarity, NH)

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

Al completar esta encuesta, nos da permiso para comunicarnos y compartir información del programa con usted. Sus resultados e información personal se mantendrán en estricta confidencialidad. No está obligado a responder esta encuesta y puede omitir cualquier pregunta. Si lo hace, sus respuestas se compartirán solo con quienes necesiten verlas y no afectarán sus beneficios de atención médica o elegibilidad.

Preferencias del miembro

1. **¿Qué género se le asignó al nacer?**
   - ☐ Masculino
   - ☐ Femenino
   - ☐ Desconocido

2. **¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su identidad de género actual?** Responda esta pregunta si tiene 18 años o más. Seleccione una opción.
   - ☐ Masculino
   - ☐ Femenino
   - ☐ Hombre transgénero
   - ☐ Mujer transgénero
   - ☐ Género queer/disconformidad de género/no binario
   - ☐ Desconocido
   - ☐ Otro _____

3. **¿Cuáles son sus pronombres?** Seleccione una opción.
   - ☐ Él
   - ☐ Ella
   - ☐ Elle
   - ☐ Otro, especifíquelo _____

4. **¿Cuál de estas opciones describe mejor su orientación sexual actual?** Responda esta pregunta si tiene 18 años o más. Seleccione una opción.
   - ☐ Heterosexual
   - ☐ Lesbiana o gay
   - ☐ Bisexual
   - ☐ Queer, pansexual o en cuestionamiento
   - ☐ No lo sé
   - ☐ Otra, especifíquela _____

5. **¿Cuál es su raza?** Marque todas las opciones que correspondan.
   - ☐ Indoamericano o nativo de Alaska
   - ☐ Asiático
   - ☐ Negro o afroamericano
   - ☐ Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
   - ☐ Blanco
   - ☐ No lo sé
   - ☐ Otra

6. **¿Es de origen o ascendencia hispana o latina?**
   - ☐ Hispano o latino
   - ☐ Ni hispano ni latino
   - ☐ No lo sé

7. **¿Cuál es su etnia?** Puede indicar dos (por ejemplo, "estadounidense" y "portugués")
   _____

8. **¿Qué tan bien habla inglés?**
   - ☐ Muy bien
   - ☐ Bien
   - ☐ No muy bien
   - ☐ No lo hablo

9. **¿Con qué idioma se siente más cómodo al hablar con el personal médico o de enfermería?**
   _____

10. **¿Con qué idioma se sentiría más cómodo al leer instrucciones de atención médica?**
    _____

11. **¿Cuántos años cumplió en su último cumpleaños?**
    _____

12. **¿Qué número de teléfono debemos usar para comunicarnos con usted?**
    _____

13. **¿Qué tipo de teléfono es este?** Seleccione una opción.
    - ☐ Hogar
    - ☐ Teléfono celular (llamada)
    - ☐ Teléfono celular (texto)
    - ☐ Oficina

14. **¿Qué dirección de correo electrónico debemos usar para comunicarnos con usted?**
    _____

15. **¿Se identifica como alguien con discapacidad?**
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ Prefiero no responder

16. **Si la respuesta es sí, ¿cómo describiría su discapacidad?** Marque todas las opciones que correspondan.

- ☐ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH)
- ☐ Autismo o trastorno del espectro autista (TEA)
- ☐ Ceguera o baja visión
- ☐ Discapacidad cognitiva
- ☐ Dependencia de sustancias
- ☐ Sordera, sordoceguera o dificultad auditiva
- ☐ Discapacidad intelectual
- ☐ Discapacidad del aprendizaje
- ☐ Afección de la salud mental
- ☐ Discapacidad relacionada con la movilidad
- ☐ Discapacidad física
- ☐ Discapacidad del habla
- ☐ Lesión cerebral traumática
- ☐ Prefiero no responder

17. En su idioma habitual, ¿tiene dificultad para comunicarse, por ejemplo, para entender a los demás o que los demás lo entiendan?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

18. ¿Es veterano militar?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

19. Si la respuesta es sí, ¿tiene dificultades para acceder a la atención médica o a los recursos disponibles como veterano militar?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder

Servicios de apoyo

20. ¿Tiene transporte para ir a las citas médicas?

- ☐ Siempre
- ☐ Normalmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez o nunca

21. ¿Desea obtener ayuda con la programación del transporte para las citas médicas?

- ☐ Sí
- ☐ No

22. ¿Tiene a alguien que pueda ayudarlo si necesita o desea ayuda?

- ☐ Siempre
- ☐ Normalmente
- ☐ A veces
- ☐ Rara vez o nunca

23. ¿Su hijo recibe servicios de apoyo educativo en la actualidad? Solo para miembros pediátricos.

- ☐ Sí
- ☐ No

24. ¿Le han recomendado buscar servicios de apoyo educativo para su hijo y le gustaría recibir ayuda para encontrar recursos?

- ☐ Sí
- ☐ No

25. En la actualidad, ¿recibe servicios de agencias estatales para lo siguiente? Marque todas las opciones que correspondan:

- ☐ Ceguera o discapacidad visual
- ☐ Servicios para niños, jóvenes y familias
- ☐ Sordera o disminución auditiva
- ☐ Servicios para el desarrollo
- ☐ Programa de intervención temprana
- ☐ Salud mental o salud conductual
- ☐ Rehabilitación
- ☐ Educación especial
- ☐ Otro _____

26. ¿En dónde vive?

- ☐ Vivienda unifamiliar
- ☐ Apartamento
- ☐ Vivienda móvil
- ☐ Otro _____

27. ¿En la actualidad no tiene una vivienda estable o le preocupa perder su vivienda en un futuro cercano?

- ☐ Sí
- ☐ No

28. ¿Cuántas personas viven en su hogar, incluido usted? _____

29. ¿Se siente seguro en su casa?

☐ Sí ☐ No

30. ¿Alguna vez ha sufrido algún tipo de trauma o abuso, o lo sufre actualmente? Esto incluye que otra persona le haga daño.

☐ Sí ☐ No

31. Si no recibe servicios de apoyo útiles, ¿desea que WellSense se comunique con usted para ponerlo en contacto con recursos?

☐ Sí ☐ No

32. ¿Suele tener calefacción, agua caliente, electricidad y acceso a internet?

☐ Sí ☐ No

33. ¿Desea obtener ayuda con recursos relativos a los servicios públicos?

☐ Sí ☐ No

34 ¿Suele disponer de alimentos suficientes?

☐ Sí ☐ No

35. ¿Tiene empleo (a tiempo parcial o completo)?

☐ Sí ☐ No

Antecedentes de salud

36. ¿Cuándo fue la última vez que se sometió a un examen físico de rutina o acudió a una visita de bienestar?

☐ En el último año
☐ Hace uno a tres años
☐ Hace más de tres años
☐ No estoy seguro/nunca

37. ¿Está embarazada?

☐ No
☐ Sí, actualmente estoy embarazada
☐ Estoy planificando quedar embarazada

38. ¿Tiene alguna complicación en el embarazo actual o la ha tenido en un embarazo anterior (como diabetes, hipertensión, embarazos múltiples, partos prematuros anteriores)?

☐ Sí ☐ No

39. ¿Ha consumido alcohol, medicamentos recetados u otras sustancias durante el embarazo?

☐ Sí ☐ No

40. ¿Cuál es su estatura? ____ (pies) ____ (pulg.)

41. ¿Cuánto pesa? Si está embarazada, ingrese su peso previo al embarazo. _____(libras)

42. ¿Está satisfecho con su peso? Si no es así, ¿qué opina sobre trabajar para bajar de peso?

☐ Estoy satisfecho con mi peso.
☐ Ya estoy trabajando para bajar de peso.
☐ Tengo la intención de comenzar a trabajar para bajar de peso en los próximos 30 días.
☐ Tengo la intención de comenzar a trabajar para bajar de peso en los próximos 6 meses.
☐ No planeo trabajar para bajar de peso.

43. ¿Alguna vez un médico le ha diagnosticado alguna de las siguientes afecciones?

☐ Alergias
☐ Ansiedad
☐ Artritis
☐ Asma
☐ Autismo o trastorno del espectro autista (TEA)
☐ Cáncer
☐ Colesterol alto
☐ Convulsiones
☐ Depresión
☐ Diabetes (excepto durante el embarazo)
☐ Dolor de espalda
☐ Enfermedad cardíaca (CAD, angina de pecho, infarto)
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, enfisema, bronquitis crónica)
☐ Enfermedad renal crónica
☐ Esquizofrenia
☐ Hipertensión (no durante el embarazo)
☐ Insuficiencia cardíaca
☐ Migrañas
☐ Osteoporosis (pérdida ósea)
☐ Problemas digestivos
☐ Trastorno bipolar

- ☐ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

44. ¿Está tomando medicamentos recetados para alguna de las siguientes afecciones?

- ☐ Abuso de sustancias
- ☐ Accidente cerebrovascular
- ☐ Alergias
- ☐ Ansiedad
- ☐ Artritis
- ☐ Asma
- ☐ Autismo o trastorno del espectro autista (TEA)
- ☐ Cáncer
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Convulsiones
- ☐ Depresión
- ☐ Diabetes (excepto durante el embarazo)
- ☐ Dolor de espalda
- ☐ Enfermedad cardíaca (CAD, angina de pecho, infarto)
- ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, enfisema o bronquitis crónica)
- ☐ Enfermedad renal crónica
- ☐ Esquizofrenia
- ☐ Hipertensión (no durante el embarazo)
- ☐ Migrañas
- ☐ Ninguna de las anteriores
- ☐ Osteoporosis (pérdida ósea)
- ☐ Problemas digestivos
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)

45. ¿Cuántos medicamentos recetados diferentes está tomando?

- ☐ Ninguno
- ☐ Uno a tres
- ☐ Cuatro a seis
- ☐ Siete o más

46. ¿Tiene alguna discapacidad visual que requiera materiales de lectura especiales?

- ☐ Sí
- ☐ No

47. ¿Tiene alguna discapacidad auditiva que requiera equipos especiales?

- ☐ Sí
- ☐ No

48. ¿Es ciego o tiene dificultades importantes para ver, incluso al usar anteojos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

49. ¿Es sordo o tiene dificultades importantes para oír?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

50. ¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades sin ayuda? Responda esta pregunta si el miembro tiene seis años o más.

Bañarse:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Comer:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Vestirse:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Usar el inodoro:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

51. ¿Tiene dificultades para realizar las siguientes actividades sin ayuda de otra persona?

Sentarse o levantarse de las sillas:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Administrar el dinero

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Preparar comidas:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

Tomar los medicamentos según lo recetado:

- ☐ Sin dificultad
- ☐ Con dificultad
- ☐ No lo puedo hacer

52. ¿Tiene dificultades importantes para caminar o subir escaleras? Responda esta pregunta si el miembro tiene seis años o más.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

53. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades para hacer mandados, como ir al médico o hacer las compras? Responda esta pregunta si el miembro tiene 16 años o más.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

54. Debido a una afección física, mental o emocional, ¿tiene dificultades importantes para concentrarse, recordar o tomar decisiones? Responda esta pregunta si el miembro tiene seis años o más.

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No lo sé

55. ¿Ha tenido algún problema para recordar o pensar con claridad en el último mes?

- ☐ Sí
- ☐ No

56. ¿Ha tenido problemas para comprender materiales escritos o para contar?

- ☐ Sí
- ☐ No

57. ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe en el último año?

- ☐ Sí
- ☐ No

58. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una colonoscopia o sigmoidoscopia?

- ☐ En los últimos diez años
- ☐ Hace más de diez años
- ☐ No estoy seguro/nunca

59. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una prueba de Papanicolaou y un examen pélvico?

- ☐ No aplica a mí
- ☐ En el último año
- ☐ Hace uno a tres años
- ☐ Hace más de tres años
- ☐ No estoy segura/nunca

60. ¿Cuándo fue la última vez que se hizo una mamografía (radiografía de mama)?

- ☐ No aplica a mí
- ☐ En el último año
- ☐ Hace uno a dos años
- ☐ Hace más de dos años
- ☐ No estoy segura/nunca

61. En los últimos 12 meses, sin contar las consultas relacionadas con el embarazo, ¿cuántas veces recibió atención médica en un consultorio médico, una clínica, una sala de emergencias o un hospital?

- ☐ Ninguna
- ☐ Entre una y tres
- ☐ Entre cuatro y seis
- ☐ Siete o más

Estilo de vida

62. ¿Con qué frecuencia come alimentos ricos en grasas no saludables? Esto incluye las carnes rojas, los alimentos fritos, los productos de panadería y los productos lácteos con alto contenido de grasa como el helado y el queso.

- ☐ Varias veces al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ Varias veces a la semana
- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Menos de una vez por semana

63. ¿Con qué frecuencia come alimentos ricos en fibra? Esto incluye las frutas, las verduras, los frijoles, y los panes y pastas integrales.

- ☐ Varias veces al día
- ☐ Una vez al día
- ☐ Varias veces a la semana
- ☐ Una vez a la semana
- ☐ Menos de una vez por semana

64. ¿Está satisfecho con sus hábitos alimenticios? Si la respuesta es no, ¿qué opina sobre hacer cambios al respecto?

- ☐ Estoy satisfecho con mis hábitos alimenticios.
- ☐ Ya estoy haciendo cambios en mis hábitos alimenticios.

- ☐ Tengo la intención de comenzar a hacer cambios en mis hábitos alimenticios dentro de los próximos 30 días.
- ☐ Tengo la intención de comenzar a hacer cambios en mis hábitos alimenticios en los próximos 6 meses.
- ☐ No planeo cambiar mis hábitos alimenticios.

65. En promedio, ¿con qué frecuencia realiza actividad física moderada durante 30 minutos o más? Incluidas caminatas rápidas, ciclismo, jardinería y pasar la aspiradora.

- ☐ Nunca
- ☐ Un día a la semana
- ☐ Dos días a la semana
- ☐ Tres días a la semana
- ☐ Cuatro días a la semana
- ☐ Cinco días a la semana
- ☐ Seis días a la semana
- ☐ Todos los días

66. ¿Está satisfecho con su actividad física? Si no es así, ¿cómo se siente sobre hacer cambios al respecto?

- ☐ Estoy satisfecho con mi actividad física.
- ☐ Ya estoy aumentando mi actividad física.
- ☐ Tengo la intención de comenzar a aumentar mi actividad física en los próximos 30 días.
- ☐ Tengo la intención de comenzar a aumentar mi actividad física en los próximos seis meses.
- ☐ No planeo aumentar mi actividad física.

67. En el último año, ¿cuántos días estuvo demasiado enfermo como para trabajar o realizar sus actividades habituales?

- ☐ Ninguno
- ☐ Entre uno y tres
- ☐ Entre cuatro y seis
- ☐ Siete o más

68. ¿Cómo calificaría su salud en comparación con la de otras personas de su edad?

- ☐ Excelente
- ☐ Muy buena
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala

69. Si es mala, ¿le gustaría que un representante de Manejo de Cuidado se comunique con usted para ayudarlo con sus preocupaciones de salud, conectarlo con recursos de la comunidad o responder otras preguntas que pueda tener?

- ☐ Sí
- ☐ No

70. ¿Fuma cigarrillos o tabaco sin humo?

- ☐ No, nunca he fumado
- ☐ No, antes fumaba pero ahora no
- ☐ Sí, algunos días
- ☐ Sí, todos los días

71. ¿Cuántos paquetes de cigarrillos fuma al día?
_____ (paquetes)

72. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre dejar de consumir tabaco?

- ☐ Sí
- ☐ No

73. ¿Consume bebidas alcohólicas?

- ☐ Sí
- ☐ No

74. En el último mes, ¿cuántas veces tomó cinco o más bebidas alcohólicas en dos horas o menos?

- ☐ Más de una
- ☐ Una vez
- ☐ Ninguna

75. ¿Está satisfecho con su consumo de alcohol? Si no es así, ¿qué opina sobre hacer cambios al respecto?

- ☐ Estoy satisfecho con mi consumo de alcohol.
- ☐ Ya estoy haciendo cambios en mi consumo de alcohol.
- ☐ Tengo la intención de comenzar a hacer cambios en mi consumo de alcohol dentro de los próximos 30 días.
- ☐ Tengo la intención de comenzar a hacer cambios en mi consumo de alcohol dentro de los próximos seis meses.
- ☐ No planeo cambiar mi consumo de alcohol.

76. ¿Con qué frecuencia consume marihuana? Esto incluye marihuana, aceite de hachís y aceite de THC o de marihuana.

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Semanalmente
- ☐ Casi todos los días

77. ¿Con qué frecuencia consume otras drogas ilegales como cocaína, LSD, fenciclidina, éxtasis, anfetamina, metanfetamina o heroína?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Semanalmente
- ☐ Casi todos los días

78. ¿Con qué frecuencia consume medicamentos recetados, como Oxycontin, Vicodin o Ritalín, que su proveedor de atención médica no le haya recetado?

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Semanalmente
- ☐ Casi todos los días

79. ¿Con qué frecuencia consume drogas o medicamentos que afecten su estado de ánimo o lo ayuden a relajarse? NO incluya los medicamentos que usa según las indicaciones de su proveedor de atención médica.

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ Semanalmente
- ☐ Casi todos los días

80. ¿Cómo describiría el estrés en su vida diaria?

- ☐ Alto
- ☐ Moderado
- ☐ Bajo
- ☐ Nulo

81. ¿Con qué frecuencia faltó a un día completo de trabajo o escuela debido a problemas con su salud física o mental? _____ días por mes

82. ¿En qué medida ha experimentado cambios importantes en su vida en los últimos 12 meses? Esto incluye la muerte de alguien cercano, el final de una relación o problemas de dinero.

- ☐ Nada
- ☐ Poco
- ☐ Bastante
- ☐ Mucho

83. ¿Alguna de las siguientes opciones aplica a la forma en la que se ha sentido en las últimas dos semanas? Marque todas las opciones que correspondan o seleccione "Ninguna de las anteriores".

- ☐ Me he sentido desanimado, deprimido o triste.
- ☐ No he disfrutado de las cosas que solía disfrutar.
- ☐ He estado aumentando o perdiendo una cantidad significativa de peso.
- ☐ He estado durmiendo demasiado o muy poco.
- ☐ He experimentado un cambio en el nivel de actividad.
- ☐ Me he sentido cansado y con falta de energía.
- ☐ Me he sentido inútil o culpable.
- ☐ He tenido problemas para concentrarme y tomar decisiones.
- ☐ He tenido pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
- ☐ Ninguna de las anteriores.

84. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre los servicios de salud conductual o de tratamiento por consumo de sustancias?

- ☐ Sí
- ☐ No



Próximos pasos:
Una vez completada, devuelva la encuesta utilizando el sobre con franqueo pagado adjunto.

WellSense HEALTH PLAN

WellSense puede recopilar y usar información, como la relativa a raza, etnia, idioma, identidad de género, orientación sexual, preferencia sexual, creencias religiosas, ciudadanía o estado migratorio, para ayudar a mejorar su atención médica. También podemos compartir esta información con su proveedor de atención médica para que pueda brindarle una mejor atención. De acuerdo con las leyes federales y estatales, WellSense toma diversas medidas para proteger su información, incluidas medidas de seguridad físicas y electrónicas, como cifrado y controles de acceso. WellSense no utilizará esta información para la suscripción, la fijación de tarifas o la determinación de beneficios. Proporcionar esta información es voluntario y no afectará su cobertura ni los beneficios con WellSense. Para obtener más información, visite **https://www.wellsense.org/about-us/health-equity** o comuníquese con nuestro equipo de Servicios para Miembros.