

BeHealthy Partnership™

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

Evaluación de las necesidades de cuidado infantil (Adulto)

Tómese unos minutos para completar esta encuesta

Su evaluación de salud ayudará a la “ BeHealthy Partnership ” a proporcionar mejores servicios de salud y a coordinar la atención que recibe. Mantendremos la información que proporcione en privado. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

Instrucciones para la encuesta

1. Complete un formulario de evaluación para cada nuevo miembro.
2. Necesitará tener a mano:
 - a. Número de tarjeta de seguro del miembro de “BeHealthy Partnership”.
 - b. Los nombres, los números de teléfono y las direcciones de su médico o enfermera.
3. Responda cada una de las preguntas marcando la casilla correspondiente y/o completando su respuesta en el espacio proporcionado.
4. A veces se le pide que omita algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto sucede, verá una nota que le dice qué preguntas omitir y qué preguntas responder a continuación.
5. Completar esta encuesta le tomará alrededor de 30 minutos.

Gracias por tomarse el tiempo para completar este formulario de evaluación. La “BeHealthy Partnership” revisará sus respuestas para determinar si existen programas de administración de cuidados, materiales educativos u otros recursos que pueden resultarle útiles.

Información personal

Nombre de la persona que completa este formulario:

Relación de la persona que completa este formulario con el miembro:

Yo (si mismo) Padre Cónyuge/Pareja Cuidador profesional Representante autorizado

Nombre del miembro (apellido, primer nombre, inicial del segundo nombre):

Numero de ID del miembro de MassHealth
BeHealthy Partnership:

Fecha de nacimiento:

/ /

1. ¿Con qué género se identifica su hijo:

- Masculino Femenino
 Transgénico masculino Transgénico femenino
 Variante de género/No conforme
 Otro _____
 Prefiero no responder

2. Considera que su hijo es:

- Heterosexual o Hetero
 Homosexual
 Bisexual
 Otro _____
 Prefiero no responder

Dirección (número y calle)

Ciudad/Pueblo

Estado

Código postal

Número de teléfono:

CASA ()

CELULAR ()

TRABAJO ()

Correo electrónico:

| | | | |
|--|--|---|--|
| <p>3. ¿Cómo describiría la raza de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Desconocido/ no especificado <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | | |
| <p>4. ¿Cómo describiría el origen cultural/étnico de su hijo? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Islas del Caribe <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Europa del Este <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Prefiero no responder </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Nepalí <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado </td> </tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Islas del Caribe <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Europa del Este <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Nepalí <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Africano <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Estadounidense <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indio asiático <input type="checkbox"/> Brasileño <input type="checkbox"/> Camboyano <input type="checkbox"/> Caboverdiano <input type="checkbox"/> Islas del Caribe <input type="checkbox"/> Centroamericano <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Colombiano <input type="checkbox"/> Cubano <input type="checkbox"/> Dominicano <input type="checkbox"/> Europa del Este <input type="checkbox"/> Europeo <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Filipino <input type="checkbox"/> Guatemalteco <input type="checkbox"/> Haitiano <input type="checkbox"/> Hondureño <input type="checkbox"/> Japonés <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Laosiano <input type="checkbox"/> Mexicano, mexicanoamericano, chicano <input type="checkbox"/> Medio Oriente <input type="checkbox"/> Nepalí <input type="checkbox"/> Portugués <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Salvadoreño <input type="checkbox"/> Somalí <input type="checkbox"/> Sudamericano <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado | | |
| <p>5. Idioma preferido hablado</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro _____ <p>Si es Otro, identifique _____</p> | <p>6. ¿Cómo calificaría la capacidad de lectura de su hijo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Pobre <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |
| <p>7. ¿Con qué frecuencia necesita su hijo que alguien ayude cuando lee instrucciones, panfletos u otro material escrito proporcionados por su médico o farmacia?</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces </td> <td style="vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiero no responder </td> </tr> </table> | | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A menudo <input type="checkbox"/> Algunas veces | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |
| <p>8. ¿Cuál es el estado actual de empleo de su hijo?</p> | | | |

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo completo | <input type="checkbox"/> Retirado |
| <input type="checkbox"/> Empleado a tiempo parcial | <input type="checkbox"/> Ama de casa |
| <input type="checkbox"/> Desempleado y actualmente en busca de trabajo | <input type="checkbox"/> Trabajador por cuenta propia |
| <input type="checkbox"/> Desempleado y actualmente no busca trabajo | <input type="checkbox"/> No puede trabajar |
| <input type="checkbox"/> Estudiante | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

9. ¿Cuál es el grado o nivel más alto de la escuela que su hijo ha completado? ***Si actualmente está inscripto, el grado más alto recibido.***

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Completó parte de la escuela primaria | <input type="checkbox"/> Licenciatura (Bachillerato) |
| <input type="checkbox"/> Completó parte de la escuela secundaria | <input type="checkbox"/> Completó parte de un posgrado |
| <input type="checkbox"/> Graduado de secundaria o GED | <input type="checkbox"/> Maestría |
| <input type="checkbox"/> Parte de la universidad (alguna universidad de la comunidad, un título intermedio) | <input type="checkbox"/> Mi hijo no está actualmente matriculado en la escuela |
| | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

| Información de salud | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|--------------------------|-------------|--------|-----|------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|----------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| <p>10. ¿Cómo describiría la salud de su hijo ahora?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Aceptable</p> <p><input type="checkbox"/> Pobre</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | <p>11. ¿Es su hijo sordo o tiene serias dificultades para oír?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | <p>12. ¿Es su hijo ciego o tiene serias dificultades para ver, incluso cuando usa anteojos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>13. ¿Tiene su hijo un médico o una enfermera a la que, por lo general, acude ante necesidades de atención médica?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita las siguientes 2 preguntas)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | <p>13a & b. En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del médico:</p> | <p>13c ¿Ha visto su hijo a su médico en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <p>14. ¿Alguna vez ha estado su hijo Y/O está actualmente en tratamiento por alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>Actualmente</th> <th>Pasado</th> <th>N/A</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Asma</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Diabetes</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Problemas cardiacos</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Cáncer</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Enfermedad renal</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Presión arterial alta</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Dolor crónico</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Parálisis Cerebral</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Actualmente | Pasado | N/A | Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Dolor crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Actualmente | Pasado | N/A | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Asma | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Problemas cardiacos | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dolor crónico | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Parálisis Cerebral | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Retraso en el desarrollo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--|------------|-----------------|-----------------|--------------------------|--------------------------|--------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|----------------------|--------------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------------------|-------------|--------------------------|--------------------------|
| Autismo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Discapacidad intelectual | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Colesterol alto | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| VIH/SIDA | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Obesidad/Problemas de peso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otros _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 15. ¿Actualmente su hijo toma algún medicamento recetado regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 15a. Si es así, ¿cuántos? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4 o más | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 16. En los últimos 12 meses, ¿su hijo recibió atención en una sala de emergencias? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 16a. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> Más de 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 17. En los últimos 12 meses, ¿su hijo ha pasado la noche en un hospital? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 17a. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> Más de 6 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 18. ¿Actualmente su hijo usa o necesita algún equipo médico y / o de diagnóstico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 18a. Marque todas las opciones que correspondan. <table border="0"> <thead> <tr> <th></th> <th style="text-align: center;">Usa</th> <th style="text-align: center;">Necesita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Silla de ruedas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Bastón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Andador</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Muletas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Oxígeno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de glucosa</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Monitor de presión arterial</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Termómetro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CPAP (para la apnea del sueño)</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Tubo de gastrostomía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Traqueotomía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Otro: _____</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> | | | | Usa | Necesita | Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Bastón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Andador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Muletas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Oxígeno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Monitor de glucosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Monitor de presión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Termómetro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | CPAP (para la apnea del sueño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Tubo de gastrostomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Traqueotomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | Otro: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | Usa | Necesita | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Bastón | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Andador | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muletas | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Oxígeno | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitor de glucosa | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Monitor de presión arterial | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Termómetro | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CPAP (para la apnea del sueño) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Tubo de gastrostomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Traqueotomía | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Otro: _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

19. ¿Actualmente su hijo usa alguno de los siguientes servicios de salud conductual? Marque todas las opciones que correspondan.

- Tratamiento de salud mental para pacientes internados
- Tratamiento de salud mental para pacientes ambulatorios (asesoramiento)
- Programas de cribado de emergencias (servicios de crisis)
- Tratamiento con medicamentos recetados para la salud mental (Seroquel, Prozac, Depakote)
- Tratamiento del trastorno por uso de sustancias para pacientes hospitalizados (desintoxicación)
- Tratamiento del trastorno por uso de sustancias para pacientes ambulatorios (asesoramiento)
- Tratamiento en instalaciones especializadas para el uso de sustancias (tratamiento asistido por medicamentos para el trastorno por consumo de sustancias, como Suboxone, metadona, Vivitrol)
- Otro _____
- Mi hijo no utiliza ninguno de los servicios anteriores
- Prefiero no responder

20. ¿Su hijo ha sido diagnosticado con alguna de las siguientes enfermedades mentales? Marque todas las opciones que correspondan.

- TDAH
- Depresión
- Trastorno bipolar
- Ansiedad/Ataques de pánico
- PTSD
- Esquizofrenia
- Demencia/Alzheimer
- Otra _____
- Mi hijo no ha sido diagnosticado con una enfermedad mental
- Prefiero no responder

21. ¿Actualmente su hijo usa alguna de las siguientes sustancias además de aquellas requeridas por una razón médica? Marque todas las opciones que correspondan.

- Alcohol
- Nicotina (cigarrillos, tabaco de mascar, vapor electrónico)
- Anfetaminas
- Ansiolíticos (Valium)
- Barbitúricos
- Cocaína/Crack
- Heroína
- LSD/Ácido
- Marihuana
- Metanfetamina/Metanfetamina cristal
- Analgésicos de venta con receta (Morfina / Percocet)
- Otro _____
- Mi hijo nunca ha usado ninguna de las sustancias anteriores
- Prefiero no responder

22. ¿Usted, o un pariente, amigo, médico u otro profesional de la salud ha estado preocupado por el consumo de alcohol o drogas de su hijo, o ha sugerido que su hijo lo reduzca?

- Sí
- No
- Prefiero no responder

23. ¿Actualmente su hijo está utilizando alguno de los siguientes servicios de MassHealth? Marque todas las opciones que correspondan.

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servicios de salud diurnos para adultos <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado temporal para adultos <input type="checkbox"/> Servicios continuos de enfermería especializada (después de 100 días de servicios) <input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación diurna <input type="checkbox"/> Servicios de centros de enfermería (después de 100 días de servicios) <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Servicios hospitalarios de rehabilitación de enfermedades crónicas para pacientes internados y ambulatorios (después de 100 días de servicios) <input type="checkbox"/> Red de cuidados paliativos pediátricos <input type="checkbox"/> Servicios de asistencia para el cuidado personal (incluido el Programa de vivienda de transición) <input type="checkbox"/> Mi hijo no está utilizando ningún servicio de MassHealth en este momento |
| <p>24. ¿Actualmente su hijo participa en una exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS)?</p> | |
| <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | |
| <p>25. ¿Actualmente su hijo recibe servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todas las opciones que correspondan.</p> | |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS) <input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) <input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) <input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) <input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA) <input type="checkbox"/> Educación especial <input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB) <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos <input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC) <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo no ha recibido servicios de ninguna agencia estatal <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <p>26. ¿Necesita su hijo ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> | <p>27. ¿Necesita su hijo ayuda con alguna de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Aseo <input type="checkbox"/> Ir al baño <input type="checkbox"/> Comer una dieta nutritiva <input type="checkbox"/> Levantarse de la cama <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Mi hijo no necesita ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Comprar artículos personales <input type="checkbox"/> Transportación <input type="checkbox"/> Administrar dinero <input type="checkbox"/> Lavar la ropa <input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas livianas <input type="checkbox"/> Preparar las comidas <input type="checkbox"/> Mi hijo no necesita ayuda con estas actividades <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <p>28. ¿Hay algo que a su hijo le gustaría hacer para mejorar su salud?</p> | |

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Dejar de fumar <input type="checkbox"/> Reducir la ingesta de alcohol <input type="checkbox"/> Reducir el peso <input type="checkbox"/> Reducir el estrés <input type="checkbox"/> Tener un plan de alimentación | <input type="checkbox"/> Tome la medicación apropiadamente <input type="checkbox"/> Reducir la ingesta de sal <input type="checkbox"/> Automonitorear mi salud <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene ningún objetivo o inquietud de salud en este momento <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|---|---|

Información sobre el hogar y el medioambiente

| | |
|---|---|
| 29. ¿Con cuántas personas, incluyendo su hijo, vive su hijo actualmente? _____ | |
| 30. ¿Cuál es la situación de vivienda de su hijo hoy? <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene vivienda. <input type="checkbox"/> Mi hijo no tiene vivienda (quedarse con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o tren, o en un parque). <input type="checkbox"/> Mi hijo tiene vivienda hoy, pero puede perder vivienda en el futuro. <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 31. Piense en el lugar donde su hijo vive. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas? (Marque todas las opciones que correspondan) <input type="checkbox"/> Infestación de insectos <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada <input type="checkbox"/> El horno o la estufa no funcionan <input type="checkbox"/> Detectores de humo que no funcionan o no tiene detectores de humo <input type="checkbox"/> Fugas de agua <input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| 32. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cerrar los servicios en el hogar de su hijo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Ya están desconectados <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 33. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió a su hijo asistir a citas médicas, reuniones, trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan. <input type="checkbox"/> Sí, ha impedido a mi hijo asistir a citas médicas u obtener medicamentos. <input type="checkbox"/> Sí, ha impedido a mi hijo asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo u obtener cosas que necesita. <input type="checkbox"/> No. <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| 34. En los últimos 12 meses, le ha preocupado quedarse sin comida para su hijo antes de tener dinero para comprar más. <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> Algunas veces es cierto <input type="checkbox"/> Nunca es cierto <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | 35. En promedio, ¿cuántos días a la semana su hijo realiza al menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física? <i>Ejemplos: caminar, correr, levantar pesas, hacer deportes en equipo o jardinería.</i> <input type="checkbox"/> 5-7 días (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) |

| | |
|---|--|
| | <input type="checkbox"/> 3-4 días Si elige esta opción, omita la próxima pregunta) <input type="checkbox"/> 1-2 días <input type="checkbox"/> Solo ocasionalmente <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <p>35a. ¿Qué obstáculos le impiden a su hijo hacer ejercicio regularmente? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo suficiente tiempo en mi día</p> <p><input type="checkbox"/> No sé cómo ejercitarme adecuadamente</p> <p><input type="checkbox"/> No sé a dónde ir para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy lo suficientemente sano para hacer ejercicio</p> <p><input type="checkbox"/> Es difícil mantenerme motivado</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p> | <p>36. ¿Alguna vez hubo un momento en la vida de su hijo en el que sintió que alguien lo lastimaba físicamente, lo insultaba, amenazaba o le gritaba?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> |
| <p>36a. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, lastima físicamente, insulta, amenaza o grita a su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> | <p>37. ¿Su hijo tiene reacciones físicas (por ejemplo, latidos cardíacos fuertes, dificultad para respirar, sudoración) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> |
| <p>38. El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Cuán estresado está su hijo?</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca</p> <p><input type="checkbox"/> Rara vez</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces</p> <p><input type="checkbox"/> Bastante a menudo</p> <p><input type="checkbox"/> Frecuentemente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | |

Necesidades familiares y hogareñas para su hijo

39. Si tiene niños menores de 8 años en su hogar, ¿usa un asiento protector para el automóvil cuando conduce?

- Sí Algunas veces
- No Esta pregunta no se aplica a mí

40. Excluyendo el baño, ¿cuántas habitaciones usa en el hogar de su hijo? _____

| | |
|--|---|
| <p>41. ¿Con qué frecuencia su hijo ve o habla con personas que le importa y con las que se siente cerca? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, asistir a reuniones de la iglesia o del club)</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 o 2 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> 5 o más veces a la semana</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | |
| <p>42. ¿Usualmente su hijo recibe el desayuno que ofrece su escuela?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Esta pregunta no se aplica a mi hijo</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | <p>43. Durante los últimos 2 años, ¿le han quitado un subsidio de cuidado infantil?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Esta pregunta no se aplica a mí</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> |
| <p>44. ¿Tiene problemas para satisfacer las necesidades de su hijo? (P. Ej. pañales, ropa, asientos de automóvil y/o suministros de regreso a la escuela)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | |
| <p>45. ¿Con qué frecuencia en el mes pasado salió su hijo sin comer lo suficiente?</p> <p><input type="checkbox"/> Todos los días</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces por semana (2-6 veces por semana)</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces al mes</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p> | |
| <p>45a. ¿Por qué su hijo no tiene suficiente para comer? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> No hay suficiente dinero para comprar comida</p> <p><input type="checkbox"/> Nadie puede prepararlo</p> <p><input type="checkbox"/> No hay agua/leña/electricidad</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p> | |

| | |
|--|---|
| <p>46. La última vez que buscó tratamiento de alguien fuera del hogar para la enfermedad de su hijo, ¿a dónde fue?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Centro de salud <input type="checkbox"/> Dispensario/Farmacia <input type="checkbox"/> Trabajador de salud de la comunidad <input type="checkbox"/> Clínica MCH <input type="checkbox"/> Clínica móvil/de extensión <input type="checkbox"/> Médico privado <input type="checkbox"/> Curandero tradicional <input type="checkbox"/> Amigo/pariente <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Prefiero no responder <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <p>47. ¿Cómo llegó su hijo allí?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Caminando /en bicicleta <input type="checkbox"/> Transporte público <input type="checkbox"/> Vehículo propio/vehículo de otra persona <input type="checkbox"/> N/A (servicios móviles) <input type="checkbox"/> No sé <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <p>48. ¿Qué le preocupa más sobre sus responsabilidades como tutor de su hijo?</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Dinero para enviar a los niños a la escuela/guardería <input type="checkbox"/> Dinero por comida <input type="checkbox"/> Dinero para la ropa <input type="checkbox"/> Vivienda o dinero para vivienda <input type="checkbox"/> Otras preocupaciones financieras <input type="checkbox"/> Cuidar a un niño que tiende a enfermarse <input type="checkbox"/> Mi propia mala salud o vejez, limitaciones físicas <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No tengo ninguna preocupación en este momento <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |