

# BeHealthy Partnership™

Baystate Health Care Alliance in Partnership with Health New England

## Evaluación de las necesidades de cuidado infantil (Auto-respuesta)

### 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 usted:

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

2. Considera que usted 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 su raza? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Indio americano/nativo de Alaska</p> <p><input type="checkbox"/> Asiático</p> <p><input type="checkbox"/> Hispano o Latino</p> <p><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano</p> <p><input type="checkbox"/> Hawaiano nativo u otra isla del Pacífico</p> <p><input type="checkbox"/> Blanco</p> <p><input type="checkbox"/> Otra raza</p> <p><input type="checkbox"/> Desconocido/ no especificado</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>																																									
<p>4. ¿Cómo describirías su origen cultural/étnico? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Africano</td> <td><input type="checkbox"/> Filipino</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Afroamericano</td> <td><input type="checkbox"/> Guatemalteco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Estadounidense</td> <td><input type="checkbox"/> Haitiano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Hondureño</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Indio asiático</td> <td><input type="checkbox"/> Japonés</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Brasileño</td> <td><input type="checkbox"/> Coreano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Camboyano</td> <td><input type="checkbox"/> Laosiano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Caboverdiano</td> <td><input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Islas del Caribe</td> <td><input type="checkbox"/> Medio Oriente</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Centroamericano</td> <td><input type="checkbox"/> Nepalí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chino</td> <td><input type="checkbox"/> Portugués</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Colombiano</td> <td><input type="checkbox"/> Puertorriqueño</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Cubano</td> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Dominicano</td> <td><input type="checkbox"/> Salvadoreño</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Europa del Este</td> <td><input type="checkbox"/> Somalí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Europeo</td> <td><input type="checkbox"/> Sudamericano</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Otro</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado</td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Filipino	<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Guatemalteco	<input type="checkbox"/> Estadounidense	<input type="checkbox"/> Haitiano	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hondureño	<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Brasileño	<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Laosiano	<input type="checkbox"/> Caboverdiano	<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano	<input type="checkbox"/> Islas del Caribe	<input type="checkbox"/> Medio Oriente	<input type="checkbox"/> Centroamericano	<input type="checkbox"/> Nepalí	<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Portugués	<input type="checkbox"/> Colombiano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño	<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Salvadoreño	<input type="checkbox"/> Europa del Este	<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Europeo	<input type="checkbox"/> Sudamericano		<input type="checkbox"/> Vietnamita		<input type="checkbox"/> Otro		<input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Africano	<input type="checkbox"/> Filipino																																								
<input type="checkbox"/> Afroamericano	<input type="checkbox"/> Guatemalteco																																								
<input type="checkbox"/> Estadounidense	<input type="checkbox"/> Haitiano																																								
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Hondureño																																								
<input type="checkbox"/> Indio asiático	<input type="checkbox"/> Japonés																																								
<input type="checkbox"/> Brasileño	<input type="checkbox"/> Coreano																																								
<input type="checkbox"/> Camboyano	<input type="checkbox"/> Laosiano																																								
<input type="checkbox"/> Caboverdiano	<input type="checkbox"/> Mexicano, mexicoamericano, chicano																																								
<input type="checkbox"/> Islas del Caribe	<input type="checkbox"/> Medio Oriente																																								
<input type="checkbox"/> Centroamericano	<input type="checkbox"/> Nepalí																																								
<input type="checkbox"/> Chino	<input type="checkbox"/> Portugués																																								
<input type="checkbox"/> Colombiano	<input type="checkbox"/> Puertorriqueño																																								
<input type="checkbox"/> Cubano	<input type="checkbox"/> Ruso																																								
<input type="checkbox"/> Dominicano	<input type="checkbox"/> Salvadoreño																																								
<input type="checkbox"/> Europa del Este	<input type="checkbox"/> Somalí																																								
<input type="checkbox"/> Europeo	<input type="checkbox"/> Sudamericano																																								
	<input type="checkbox"/> Vietnamita																																								
	<input type="checkbox"/> Otro																																								
	<input type="checkbox"/> Desconocido/no especificado																																								
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder																																								
<p>5. Idioma preferido hablado</p> <p><input type="checkbox"/> Inglés</p> <p><input type="checkbox"/> Español</p> <p><input type="checkbox"/> Otro</p> <p>Si es Otro, identifique_____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>6. ¿Cómo calificaría su habilidad para leer?</p> <p><input type="checkbox"/> Excelente</p> <p><input type="checkbox"/> Buena</p> <p><input type="checkbox"/> Normal</p> <p><input type="checkbox"/> Pobre</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>																																								
<p>7. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien lo ayude cuando lee instrucciones, panfletos u otro material escrito proporcionados por su médico o farmacia?</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Siempre</td> <td><input type="checkbox"/> Rara vez</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> A menudo</td> <td><input type="checkbox"/> Nunca</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Algunas veces</td> <td><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder																																		
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Rara vez																																								
<input type="checkbox"/> A menudo	<input type="checkbox"/> Nunca																																								
<input type="checkbox"/> Algunas veces	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder																																								
<p>8. ¿Cuál es su estado actual de empleo?</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 escuela que 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"/> Yo no estoy actualmente matriculado en la escuela
	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Información de salud																																						
<p>10. ¿Cómo describiría su salud 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 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"/> Esta pregunta no se aplica a mi</p>	<p>12. ¿Estás 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 un médico o enfermero al 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 &amp; b. En caso afirmativo, indique el nombre y la dirección del médico:</p>	<p>13c. ¿Ha visto 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 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 toma algún medicamento recetado de manera regular? <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, ¿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, ¿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 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 style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 80%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Usa</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Necesita</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">Bastón</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Andador</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Muletas</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">Oxígeno</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">Termómetro</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">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 style="text-align: right;">Traqueotomía</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td style="text-align: right;">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 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 \_\_\_\_\_
- No uso ninguno de los servicios anteriores
- Prefiero no responder

20. ¿Le han diagnosticado 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 \_\_\_\_\_
- No me han diagnosticado una enfermedad mental
- Prefiero no responder

21. ¿Actualmente 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
- Prefiero no responder
- Heroína
- LSD/Ácido
- Marihuana
- Metanfetamina/Metanfetamina cristal
- Analgésicos de venta con receta (Morfina / Percocet)
- Otro \_\_\_\_\_
- Nunca he usado ninguna de las sustancias anteriores

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

- Sí
- No
- Prefiero no responder

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

- Servicios de salud diurnos para adultos
- Servicios de cuidado temporal para adultos
- Servicios continuos de enfermería especializada (después de 100 días de servicios)
- Servicios de habilitación diurna
- Servicios de cuidado de crianza en grupo para adultos
- Servicios de centros de enfermería (después de 100 días de servicios)
- Prefiero no responder
- Servicios hospitalarios de rehabilitación de enfermedades crónicas para pacientes internados y ambulatorios (después de 100 días de servicios)
- Red de cuidados paliativos pediátricos
- Servicios de asistencia para el cuidado personal (incluido el Programa de vivienda de transición)
- No, yo no estoy utilizando ningún servicio de MassHealth en este momento

<p>24. ¿Actualmente 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 recibe servicios de alguna de las siguientes agencias estatales? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Oficina de Servicios para el Abuso de Sustancias (BSAS) <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Ciegos (MCB)</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Salud Mental (DMH) <input type="checkbox"/> Comisión de Massachusetts para Personas Sordas y con Problemas Auditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Servicios de Desarrollo (DDS) <input type="checkbox"/> Comisión de Rehabilitación de Massachusetts (MRC)</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de Niños y Familias (DCF) <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Oficina Ejecutiva de Asuntos de Ancianos (EOEA) <input type="checkbox"/> No he recibido servicios de ninguna agencia estatal</p> <p><input type="checkbox"/> Educación especial</p> <p><input type="checkbox"/> Programa de intervención temprana</p>	
<p>26. ¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Bañarse</p> <p><input type="checkbox"/> Vestirse</p> <p><input type="checkbox"/> Aseo</p> <p><input type="checkbox"/> Ir al baño</p> <p><input type="checkbox"/> Comer una dieta nutritiva</p> <p><input type="checkbox"/> Levantarse de la cama</p> <p><input type="checkbox"/> Levantarse de una silla</p> <p><input type="checkbox"/> Caminar</p> <p><input type="checkbox"/> No necesito ayuda con estas actividades</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>27. ¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes actividades? Marque todas las opciones que correspondan.</p> <p><input type="checkbox"/> Usar el teléfono</p> <p><input type="checkbox"/> Comprar artículos personales</p> <p><input type="checkbox"/> Transportación</p> <p><input type="checkbox"/> Administrar dinero</p> <p><input type="checkbox"/> Lavar la ropa</p> <p><input type="checkbox"/> Hacer tareas domésticas livianas</p> <p><input type="checkbox"/> Preparar las comidas</p> <p><input type="checkbox"/> No necesito ayuda con estas actividades</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>28. ¿Hay algo que le gustaría hacer para mejorar su salud?</p> <p><input type="checkbox"/> Ejercicio <input type="checkbox"/> Tome la medicación apropiadamente</p> <p><input type="checkbox"/> Dejar de fumar <input type="checkbox"/> Reducir la ingesta de sal</p> <p><input type="checkbox"/> Reducir la ingesta de alcohol <input type="checkbox"/> Automonitorear mi salud</p> <p><input type="checkbox"/> Reducir el peso <input type="checkbox"/> Otro _____</p> <p><input type="checkbox"/> Reducir el estrés <input type="checkbox"/> No tengo ningún objetivo o inquietud de salud en este momento</p> <p><input type="checkbox"/> Tener un plan de alimentación</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	

### Información sobre el hogar y el medioambiente

29. ¿Con cuántas personas, incluido usted mismo, vive actualmente? \_\_\_\_\_

30. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

- Tengo vivienda.
- No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio, viviendo afuera en la calle,

31. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene alguno de los problemas siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Infestación de insectos

<p>en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o tren, o en un parque).</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo vivienda hoy, pero me preocupa perder vivienda en el futuro.</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p><input type="checkbox"/> Moho</p> <p><input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo</p> <p><input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada</p> <p><input type="checkbox"/> El horno o la estufa no funcionan</p> <p><input type="checkbox"/> Detectores de humo que no funcionan o no tiene detectores de humo</p> <p><input type="checkbox"/> Fugas de agua</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno de los anteriores</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>32. En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cerrar los servicios en su hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya están desconectados</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>33. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, reuniones, trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las opciones que correspondan)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos.</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo u obtener cosas que necesito.</p> <p><input type="checkbox"/> No.</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>34. En los últimos 12 meses, le ha preocupado quedarse sin comida antes de tener dinero para comprar más.</p> <p><input type="checkbox"/> A menudo es cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces es cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca es cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>	<p>35. En promedio, ¿cuántos días a la semana realiza al menos 30 minutos de ejercicio u otra actividad física? <i>Ejemplos: caminar, correr, levantar pesas, hacer deportes en equipo o jardinería.</i></p> <p><input type="checkbox"/> 5-7 días (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> 3-4 días (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> 1-2 días</p> <p><input type="checkbox"/> Solo ocasionalmente</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>
<p>35a. ¿Qué obstáculos le impiden 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 mantenerse motivado</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>	<p>36. ¿Alguna vez hubo un momento en su vida en el que sintió que alguien lo lastimaba físicamente, lo insultaba, lo amenazaba o le gritaba?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No (Si elige esta opción, omita la próxima pregunta)</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder</p>

36a. ¿Con qué frecuencia alguien, incluida la familia, lo lastima físicamente, lo insulta, lo amenaza o le grita?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente
- Prefiero no responder

37. ¿Se encuentra teniendo reacciones físicas (por ejemplo, latidos cardíacos fuertes, dificultad para respirar, sudoración) cuando algo le recuerda una experiencia estresante del pasado?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente
- Prefiero no responder

38. El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está usted?

- Nunca
- Rara vez
- Algunas veces
- Bastante a menudo
- Frecuentemente
- Prefiero no responder