



Tómese un momento para responder esta evaluación. Sus respuestas ayudarán a su médico, administrador de cuidado de la salud y otros proveedores de cuidado de la salud a comprender su vida cotidiana. Responda todas las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas no afectarán los beneficios de su plan.

Marca correcta: ☒ **Marca incorrecta:** ☐ ☒ ☐

Si comete un error, rellene la casilla con la marca incorrecta y marque la casilla correcta con una "X".

1. ¿Ha prestado servicio en las Fuerzas Armadas de EE.UU.?

- ☐ No he prestado servicio en las Fuerzas Armadas de EE.UU.
- ☐ Presté servicio en las Fuerzas Armadas de EE.UU. y uso los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos (Veteran's Affairs, VA)
- ☐ Presté servicio en las Fuerzas Armadas de EE.UU. y no uso los beneficios del Departamento de Asuntos de los Veteranos
- ☐ Prefiero no responder

Condiciones de salud actuales

2. ¿Está recibiendo tratamiento médico por alguna de las siguientes condiciones de salud? Marque todas las que correspondan.

- ☐ Asma/EPOC ☐ Cáncer
- ☐ Diabetes (diabetes sacarina) o demasiada azúcar en la sangre
- ☐ Enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal)
- ☐ Ataque cardíaco o problemas del corazón
- ☐ Insuficiencia cardíaca o corazón agrandado
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Condición de salud mental (ansiedad, depresión, esquizofrenia o trastorno bipolar)
- ☐ Obesidad ☐ Derrame cerebral ☐ Otra ☐ Ninguna

Necesidades sociales

3. En los últimos 2 meses, ¿usted u otras personas con las que vive comieron menos o se saltaron alguna comida porque no tenían dinero para comprar alimentos?

- ☐ Sí ☐ No

Si necesita ayuda para encontrar recursos de la comunidad en su área, llame al 211.

4. ¿La falta de transporte le impidió ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir lo que necesitaba para la vida diaria? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Sí, me impidió ir a citas médicas o conseguir mis medicamentos
- ☐ Sí, me impidió asistir a reuniones no médicas, ir a citas, al trabajo o conseguir lo que necesitaba
- ☐ No
- ☐ Prefiero no responder esta pregunta

continuación →

Preguntas (continuación)

5. ¿Cuál es su situación de vida presente?

- ☐ Tengo un lugar estable donde vivir
- ☐ Actualmente, tengo un lugar donde vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ No tengo un lugar estable donde vivir (Me alojo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo a la intemperie en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren o en un parque.)

6. En el último año, ¿alguna vez no pudo obtener algunos de los siguientes productos o servicios cuando realmente los necesitaba? Marque todos los que correspondan.

- ☐ Ropa ☐ Empleo ☐ Internet
- ☐ Medicamentos o cuidado de la salud ☐ Teléfono
- ☐ Participación social o en la comunidad (ejemplos: visitar o hablar por teléfono con amigos y familiares, ir a reuniones de la iglesia o de un club)
- ☐ Servicios públicos (electricidad, gas y agua) ☐ Ninguno

7. ¿Se siente seguro usando una computadora, una tableta o un teléfono para las visitas de cuidado de la salud o para buscar información?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No uso computadora, tableta ni teléfono

Medicamentos con receta

8. ¿Cuántos medicamentos diferentes, con o sin receta, toma al día?

- ☐ 0 ☐ 1 a 7 ☐ 8 o más

Estadías en el hospital

9. En el último año, ¿cuántas veces pasó la noche en el hospital como paciente hospitalizado?

- ☐ 0 ☐ 1 vez ☐ 2 o 3 veces ☐ 4 veces o más

Ayuda en el hogar

10. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades diarias? Marque todas las que correspondan. (Si no se contesta a la pregunta 10 o si la respuesta seleccionada es "No necesito ayuda", puede pasar a las preguntas Q10_1 y Q10_2 e ir a la pregunta Q11.)

- ☐ Bañarse ☐ Comer ☐ Vestirse
- ☐ Asearse ☐ Manejar las finanzas
- ☐ Moverse (desplazarse) ☐ Preparar y tomar medicamentos
- ☐ Trasladarse (moverse de la cama a la silla) ☐ Ir al baño
- ☐ No necesito ningún tipo de ayuda (Ir a la pregunta Q11)

10_1. Según su respuesta a la pregunta anterior, ¿dispone de la ayuda que necesita para las actividades diarias?

- ☐ Recibo toda la ayuda que necesito ☐ Necesito más ayuda

10_2. ¿Quién le ayuda con sus actividades diarias? Marque todo lo que corresponda.

- ☐ Cónyuge o pareja ☐ Tutor
- ☐ Familiar ☐ Amigo
- ☐ Cuidador remunerado ☐ Otro
- ☐ No necesito ningún tipo de ayuda

11. ¿Proporciona cuidado a otra persona que necesita ayuda?

☐ Sí ☐ No

12. En el último año, ¿se ha caído, se ha sentido inestable o preocupado por las caídas?

☐ Sí ☐ No

13. ¿Cómo describiría su dolor físico en el último año?

- ☐ Sin dolor (0)
☐ Dolor leve (1–3)
☐ Dolor moderado (4–6)
☐ Dolor grave (7–10)

Memoria y estado de ánimo

14. En el último año, ¿ha tenido problemas diarios de memoria o actividad mental?

☐ Sí ☐ No

15. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o falta de placer al hacer cosas?

- ☐ En ningún momento
☐ Varios días
☐ Más de la mitad de los días
☐ Casi todos los días

16. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?

- ☐ En ningún momento
☐ Varios días
☐ Más de la mitad de los días
☐ Casi todos los días

Otro

17. ¿Tiene preferencias espirituales, personales o culturales que afectarían sus elecciones sobre el cuidado de la salud (ejemplos: preferencias de dieta, sexo de su proveedor de cuidado de la salud o tratamiento médico)?

☐ Sí ☐ No

18. ¿El consumo de alcohol o drogas le ha dificultado trabajar, conservar relaciones o cumplir metas?

☐ Sí ☐ No

Para recibir ayuda para dejar el alcohol o las drogas, llame al 1-855-780-5955.

continuación →

<XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX>

Billioux, A., MD, D Phil, Verlander, K., MPH, Anthony, S., Dr PH y Alley, D., PhD. (2017). *Standardized Screening for Health-Related Social Needs in Clinical Settings: The Accountable Health Communities Screening Tool*. National Academy of Medicine Perspectives, 1-9. <https://nam.edu/wp-content/uploads/2017/05/Standardized-Screening-for-Health-Related-Social-Needs-in-Clinical-Settings.pdf>

Kroenke, K., Spitzer, R. L. y Williams, J. B. (2003). *The Patient Health Questionnaire-2: validity of a two-item depression screener*. Medical care, 41(11), 1284-1292. Desarrollado por los Dres. Robert L. Spitzer, Janet B.W. Williams, Kurt Kroenke y colegas, con una beca educativa de Pfizer Inc. No se requiere autorización para reproducir, traducir, exhibir o distribuir.

Page-Reeves, Janet, Will Kaufman, Molly Bleecker, Jeff Norris, Kate McCalmont, Veneta Ianakieva, Dessislava Ianakieva y Arthur Kaufman (2016). *Addressing Social Determinants of Health in a Clinic Setting: The WellRx Pilot in Albuquerque, New Mexico*. Journal of the American Board of Family Medicine 29(3): 414-418. “© UNM RAINFOREST INNOVATIONS. Todos los derechos reservados”.

Estas preguntas proceden del protocolo de la evaluación de los determinantes sociales de la salud de PRAPARE a nivel nacional, desarrollado por y de propiedad de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (National Association of Community Health Centers, NACHC), en colaboración con la Asociación de Organizaciones de Salud Comunitarias de Asia-Pacífico (Association of Asian Pacific Community Health Organization, AAPCHO), la Asociación de Atención Primaria de Oregon (Oregon Primary Care Association, OPCA) y el Instituto para Futuros Alternativos (Institute for Alternative Futures, IAF). Para obtener más información, visite www.nachc.org/prapare.

Copyright © 2019-2023 UnitedHealth Group. Todos los derechos reservados. Se prohíbe cualquier uso, copia o distribución sin el permiso por escrito de UnitedHealth Group.



Por favor, envíe esta evaluación en el sobre con franqueo prepago **adjunto a Processing Center, PO Box 5703, Hopkins, MN 55343-9517**. **NO** incluya su nombre en el sobre ni en la evaluación, y **NO** incluya en el sobre ningún **otro documento** además de esta evaluación.

