



Encuesta de salud

Sección 1: Información del miembro

Apellido: _____ Nombre: _____

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA): _____

Número de identificación de miembro de Alliance: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono: _____ ☐ Celular ☐ Teléfono fijo

Sección 2: Encuesta de salud

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda.

1. ¿Quién está contestando esta evaluación?

- ☐ Miembro
☐ Organización comunitaria
☐ Representante autorizado (Authorized Representative, AOR)
☐ Otro (especifique): _____

1a. Si está contestando esta encuesta para un miembro, ¿cuál es su relación con el miembro?

- | | |
|--|--|
| ☐ Cuidador o ayudante | ☐ Intérprete |
| ☐ Tutor o apoderado legal (Durable Power of Attorney, DPOA) | ☐ Abogado |
| ☐ Familiar | ☐ Proveedor médico |
| ☐ Amigo | ☐ Proveedor de servicios sociales |
| ☐ Tutor | ☐ Otro (especifique): _____ |

2. ¿Qué **idioma** prefiere para hablar?

- | | |
|-----------------------------------|--|
| ☐ Inglés | ☐ Vietnamita |
| ☐ Español | ☐ Parsi |
| ☐ Cantonés | ☐ Tagalog |
| ☐ Mandarín | ☐ Otro (especifique): _____ |

CONFIDENCIAL

3. ¿Qué idioma prefiere **por escrito**?

☐ Inglés

☐ Español

☐ Chino

☐ Vietnamita

☐ Parsi

☐ Tagalog

☐ Otro (especifique): _____

4. ¿Habla otro idioma en casa además del inglés?

☐ Sí

☐ No

☐ N/C

4a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, especifique:

5. ¿Cuál es su raza o etnia? (seleccione todas las que correspondan)

☐ Indígena estadounidense o nativo de Alaska

☐ Negro o afroestadounidense

☐ Chino

☐ Hispano o latino

☐ De Oriente Medio o África del Norte

☐ Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

☐ Otra etnia asiática

☐ Vietnamita

☐ Blanco

☐ Otra (especifique): _____

6. ¿Cuál es su orientación sexual?

☐ Bisexual

☐ Lesbiana o gay

☐ Heterosexual

☐ No sé

☐ Prefiero no contestar

☐ Orientación sexual no incluida (especifique): _____

7. ¿Cuál fue su sexo asignado al nacer?

☐ Mujer

☐ Hombre

☐ No sé

☐ Prefiero no contestar

☐ Sexo no incluido (especifique): _____

CONFIDENCIAL

8. ¿Qué pronombres usa?

☐ Él

☐ Ella

☐ Elle

☐ Prefiero no contestar

☐ Otro (especifique): _____

9. ¿Dónde vive? (seleccione todas las que correspondan):

☐ Centro de asistencia

☐ Hogar de atención residencial

☐ Residencia comunitaria

☐ Sin hogar

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

☐ Tengo un lugar estable donde vivir

☐ Casa propia

☐ Renta

☐ Refugio

☐ Centro de enfermería especializada

☐ Con amigos o familia

☐ Vivienda temporal (por ejemplo, atención de recuperación)

☐ Vivienda temporal: sin hogar (por ejemplo, tienda de campaña)

☐ Vivienda temporal: en un vehículo (por ejemplo, coche, camioneta, casa móvil)

☐ Prefiero no contestar

☐ Otro (especifique): _____

10. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (seleccione todas las que correspondan):

☐ Acceso a baño en interior

☐ Mantener el ambiente fresco/aire acondicionado

☐ Electrodomésticos de cocina que no funcionan (por ejemplo, refrigerador, horno, estufa, microondas)

☐ Falta de calefacción

☐ Falta de agua caliente

☐ Pintura o tuberías con plomo

☐ Moho

☐ Plagas (por ejemplo, insectos o cucarachas, hormigas, ratones)

☐ Barras de apoyo adecuadas en la regadera o tina

☐ Pasamanos en rampas o escaleras

☐ Falta de detectores de humo o no funcionan

☐ Fugas de agua

☐ Ninguna de las anteriores

☐ Otro (especifique): _____

10a. Si tiene problemas con alguno de los anteriores, ¿le gustaría obtener ayuda para solucionar el problema?

☐ Sí

☐ No

☐ N/C

11. En general, ¿cómo describiría su estado de salud?

- ☐ Excelente
- ☐ Buena
- ☐ Regular
- ☐ Mala
- ☐ Prefiero no contestar

12. Su proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) es el médico, proveedor o enfermero profesional con práctica médica al que usted acude para revisiones y cuando tiene una inquietud médica. Cuando tiene un problema médico, ¿a quién llama primero?

- ☐ 911
- ☐ Proveedor o clínica
- ☐ Nadie
- ☐ Prefiero no contestar

13. ¿Le resulta difícil conseguir una cita con su proveedor, clínica o especialista?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

13a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, especifique:

14. ¿Está usted esperando un bebé?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No sé
- ☐ Prefiero no contestar
- ☐ N/C

14a. Si está esperando un bebé, ¿acude actualmente con un médico, proveedor o enfermero profesional con práctica médica para este embarazo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ N/C

15. ¿Ha estado en la sala de emergencia (Emergency Room, ER) dos (2) o más veces en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

16. ¿Se le ha hospitalizado en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

17. ¿Se le ha ingresado en un centro de enfermería especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) en los últimos 12 meses?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

18. ¿Acude regularmente a un médico, proveedor o enfermero profesional con práctica médica por alguna afección crónica?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

18a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, seleccione todas las que correspondan:

- | | | |
|--|--|---|
| ☐ Asma | ☐ Discapacidad del desarrollo (autismo, parálisis cerebral, síndrome de Down) | ☐ Deterioro cognitivo leve |
| ☐ Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) | ☐ Diabetes | ☐ Enfermedad de Parkinson |
| ☐ Trastorno bipolar | ☐ Trastornos de alimentación (por ejemplo, anorexia, bulimia) | ☐ Trastorno psicótico |
| ☐ Cáncer | ☐ Problemas cardíacos | ☐ Convulsiones |
| ☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) | ☐ Hepatitis | ☐ Anemia falciforme |
| ☐ Fibrosis quística | ☐ Presión arterial alta | ☐ Trastornos por consumo de sustancias |
| ☐ Demencia o Alzheimer | ☐ VIH o SIDA | ☐ Trastorno del pensamiento |
| ☐ Depresión o ansiedad | ☐ Enfermedad renal | ☐ Tuberculosis |
| | ☐ Esclerosis múltiple (EM) | ☐ Otro (especifique): _____ |

18b. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

19. ¿Le han hecho pruebas de infecciones de transmisión sexual durante el último año?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

19a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, ¿tiene alguna inquietud sobre los resultados de sus pruebas?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

20. ¿Cuándo fue su última revisión dental?

- ☐ En los últimos seis (6) meses
☐ Hace 6 a 12 meses
☐ Hace uno (1) a dos (2) años
☐ Hace más de dos (2) años
☐ Nunca
☐ Prefiero no contestar

21. ¿Toma tres (3) o más medicamentos recetados al día?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

22. Indique el nombre de los medicamentos, vitaminas o suplementos que toma en la actualidad (si toma alguno):

Nombre del medicamento	Dosis (cantidad)	Frecuencia con la que lo toma
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

23. ¿Necesita ayuda para recoger sus medicamentos?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

24. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

25. En el último mes (30 días), ¿cuántos días ha experimentado sentimientos de soledad?

- ☐ Ninguno, nunca siento soledad
- ☐ Menos de cinco (5) días
- ☐ Más de la mitad de los días (más de 15 días)
- ☐ La mayoría de los días, siempre siento soledad
- ☐ Prefiero no contestar

26. En las últimas dos (2) semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

- ☐ Para nada
- ☐ Varios días
- ☐ Más de la mitad de los días
- ☐ Casi todos los días
- ☐ Prefiero no contestar

27. ¿Ha cambiado su forma de pensar, recordar o tomar decisiones?

- ☐ Sí
- ☐ A veces
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

28. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha tomado más alcohol o medicamentos de lo que planeaba?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

29. ¿Ha sentido que quería o necesitaba reducir su consumo de alcohol o drogas?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

29a. ¿Siente que tiene un problema con el consumo de tabaco?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

29b. Si usa tabaco o fuma, ¿planea intentar dejarlo en el próximo mes?

- ☐ Sí
☐ No
☐ N/C

30. ¿Está usando alguno de los siguientes equipos o suministros médicos? (Seleccione todos los que correspondan)

- | | |
|---|--|
| ☐ Dispositivo de presión positiva continua en las vías respiratorias (Continuous Positive Airway Pressure, CPAP) | ☐ Silla de ruedas |
| ☐ Cama de hospital | ☐ Andadera |
| ☐ Bolsas de ostomía | ☐ Ninguno |
| ☐ Oxígeno | ☐ Prefiero no contestar |
| ☐ Scooter | ☐ Otro (especifique): _____ |

31. ¿Necesita dispositivos de ayuda que no tiene?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

31a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, especifique:

32. ¿Necesita ayuda para hacer alguna de las siguientes cosas?

- | | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Bañarse o ducharse | ☐ Sí | ☐ No |
| b. Subir escaleras | ☐ Sí | ☐ No |
| c. Comer | ☐ Sí | ☐ No |
| d. Vestirse | ☐ Sí | ☐ No |
| e. Lavarse los dientes, cepillarse el cabello o rasurarse | ☐ Sí | ☐ No |
| f. Cocinar o preparar comida..... | ☐ Sí | ☐ No |
| g. Levantarse de la cama o de una silla | ☐ Sí | ☐ No |
| h. Ir a comprar o conseguir comida..... | ☐ Sí | ☐ No |
| i. Ir al baño | ☐ Sí | ☐ No |
| j. Caminar..... | ☐ Sí | ☐ No |
| k. Lavar los platos o la ropa..... | ☐ Sí | ☐ No |
| l. Hacer cheques o llevar la cuenta de su dinero..... | ☐ Sí | ☐ No |
| m. Conseguir quién lo lleve al médico o a visitar a sus amigos ... | ☐ Sí | ☐ No |
| n. Hacer tareas domésticas o de jardinería | ☐ Sí | ☐ No |

CONFIDENCIAL

- o. Ir a visitar a su familia o amigos ☐ Sí ☐ No
- p. Usar el teléfono..... ☐ Sí ☐ No
- q. Llevar un control de sus citas ☐ Sí ☐ No
- r. Si la respuesta es **sí**, ¿recibe toda la ayuda que necesita para realizar estas acciones?..... ☐ Sí ☐ No
- s. Si recibe ayuda con alguna de las acciones anteriores, ¿quién le ayuda? ☐ N/C

Nombre de su ayudante: _____

t. ¿Cuál es su relación con su ayudante? _____

u. ¿Podemos contactar a su ayudante? ☐ Sí ☐ No

Número de teléfono de su ayudante: _____

33. ¿Alguna vez sintió que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que necesita?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

34. ¿Hay algún miembro de su familia o amigo que le ayude a tomar decisiones sobre su atención médica o que esté involucrado en su plan de atención?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

34a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, escriba su nombre y el parentesco que tiene con usted.

Nombre: _____

Parentesco: _____

35. A la fecha, ¿recibe alguno de los siguientes servicios? (seleccione todos los que correspondan):

- | | |
|--|--|
| ☐ Servicios de atención diurna para adultos | ☐ Asistencia legal |
| ☐ Administración de casos (ayuda para programar servicios médicos) | ☐ Manejo de medicamentos |
| ☐ Servicios de tareas domésticas (por ejemplo, trabajos de jardinería, mantenimiento) | ☐ Servicios de cuidado personal (ayuda para comer, vestirse, bañarse, etc.) |
| ☐ Comidas comunitarias | ☐ Transporte |
| ☐ Comidas a domicilio | ☐ Ninguna de las anteriores |
| ☐ Labores del hogar o limpieza | ☐ Prefiero no contestar |
| ☐ Información y asistencia | ☐ Otro (especifique): _____ |

CONFIDENCIAL

36. ¿Tiene familiares u otras personas que estén dispuestas y puedan ayudarle cuando lo necesite?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

37. ¿Necesita ayuda con la comida?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

38. ¿Necesita ayuda con el transporte?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

39. ¿Necesita ayuda para pagar su cuenta de calefacción o de agua?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

40. ¿Puede vivir de manera segura y andar sin dificultades en su casa?

- ☐ Sí
☐ No
☐ Prefiero no contestar

40. Si la respuesta es **No**, indique si el lugar en donde vive cuenta con:

- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Buena iluminación | ☐ Sí | ☐ No |
| b. Buen sistema de calefacción | ☐ Sí | ☐ No |
| c. Buen sistema de aire acondicionado..... | ☐ Sí | ☐ No |
| d. Pasamanos, o escaleras o rampas..... | ☐ Sí | ☐ No |
| e. Agua caliente | ☐ Sí | ☐ No |
| f. Baño en el interior | ☐ Sí | ☐ No |
| g. Una puerta al exterior que se cierra con llave..... | ☐ Sí | ☐ No |
| h. Escaleras para entrar a su casa o en el interior | ☐ Sí | ☐ No |
| i. Elevador | ☐ Sí | ☐ No |
| j. Espacio para usar una silla de ruedas..... | ☐ Sí | ☐ No |
| k. Lugar libre de obstáculos para salir de su casa..... | ☐ Sí | ☐ No |
| l. Detectores de humo y extintores que funcionan bien | ☐ Sí | ☐ No |

CONFIDENCIAL

41. ¿Se ha caído en el último mes?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

42. ¿Tiene miedo a caerse?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

43. ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

44. ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante las consultas con el médico?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

45. ¿Tiene miedo de alguien o alguien le está haciendo daño?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

46. ¿Alguien usa su dinero sin que usted esté de acuerdo?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

47. ¿En ocasiones se le acaba el dinero para pagar la comida, la renta, los servicios y los medicamentos?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

48. ¿Le gustaría recibir más información sobre algún recurso o ayuda adicional?

- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ Prefiero no contestar

48a. Si respondió **Sí** a la pregunta anterior, explique:

Preguntas para cuidadores

Las siguientes preguntas son sobre usted, el cuidador, en relación con la atención que brinda al receptor de cuidado. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente y se comporta un cuidador como resultado de brindar cuidado. No hay respuestas correctas o incorrectas.

1. Durante las últimas cuatro (4) semanas, debido a que ayudó al receptor de cuidado, ¿qué diría usted de lo siguiente?:
 - a. ¿No tuvo la certeza de si el miembro estaba recibiendo la atención adecuada?
☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo
 - b. ¿No tuvo la certeza de cuál es la mejor manera de cuidar al miembro?
☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo
 - c. ¿Debería estar haciendo más por el miembro?
☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo
 - d. ¿Podría hacer un mejor trabajo cuidando al miembro?
☐ Totalmente de acuerdo
☐ De acuerdo
☐ En desacuerdo
☐ Totalmente en desacuerdo

2. Durante las últimas cuatro (4) semanas, debido a que ayudó al receptor de cuidado, ¿qué diría usted de lo siguiente?:
- a. ¿Que el miembro intentó manipularle?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
 - b. ¿Que su relación con el miembro estaba tensa?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
 - c. ¿Que el miembro hacía solicitudes más allá de lo que necesitaba?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
 - d. ¿Que sentía resentimiento hacia el miembro?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
 - e. ¿Que sentía enojo hacia el miembro?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
3. Durante las últimas cuatro (4) semanas, debido a que ayudó al receptor de cuidado, ¿qué diría usted de lo siguiente?:
- a. ¿Que su salud física estaba peor que antes?
 - ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo

- b. ¿Que experimentó sentimientos de desaliento, tristeza o melancolía con más frecuencia?
- ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
- c. ¿Que experimentó más nerviosismo o incomodidad que antes?
- ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
- d. ¿Tenía menos vitalidad o energía?
- ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
- e. ¿Tenía más dolores y molestias?
- ☐ Totalmente de acuerdo
 - ☐ De acuerdo
 - ☐ En desacuerdo
 - ☐ Totalmente en desacuerdo
4. Durante las últimas cuatro (4) semanas, debido a que ayudó al receptor de cuidado, ¿qué diría usted de lo siguiente?:
- a. ¿Participó en actividades de la iglesia o religiosas?
- ☐ Con menos frecuencia
 - ☐ Igual
 - ☐ Con más frecuencia
- b. ¿Visitó a amigos o familiares?
- ☐ Con menos frecuencia
 - ☐ Igual
 - ☐ Con más frecuencia
- c. ¿Participó en actividades grupales u organizadas?
- ☐ Con menos frecuencia
 - ☐ Igual
 - ☐ Con más frecuencia

d. ¿Participó en actividades de voluntariado?

☐ Con menos frecuencia

☐ Igual

☐ Con más frecuencia

e. ¿Salió a cenar, al teatro o a un espectáculo?

☐ Con menos frecuencia

☐ Igual

☐ Con más frecuencia

Esta encuesta de salud ha terminado. ¡Gracias!

Devuelva la encuesta con sus respuestas a:

Attn: Case and Disease Management Department

Alameda Alliance for Health

1240 S. Loop Road

Alameda, CA 94501

Si es miembro de **Alliance Medi-Cal** y tiene alguna duda, llame al:

Departamento de Servicios al Miembro de Alliance

De lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.

Número de teléfono: **1.510.747.4567**

Línea gratuita: **1.877.932.4567**

Si tiene impedimentos auditivos o del habla (CRS/TTY): **711/1.800.735.2929**

Si es miembro de **Alameda Alliance Wellness** y tiene alguna duda, llame al:

Departamento de Servicios al Miembro de Alameda Alliance Wellness

De lunes a domingo (los siete [7] días de la semana), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m.

Línea gratuita: **1.888.88A.DSNP (1.888.882.3767)**

Si tiene impedimentos auditivos o del habla, use el TTY o llame al **1.800.735.2929**

CONFIDENCIAL