



ST PETER'S HEALTH PARTNERS

Capital Region Health Connections

Health Home

2212 Burdett Avenue

Troy NY 12180

ph (518) 271-3301

fx (518) 271-5009

sphp.com

Nombre del personal: _____	Fecha de hoy: _____
Fuente de referencia notificada de la decisión de CRHC del cliente: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/D, indicar asignación del DOH	

Información demográfica del miembro:

Nombre: _____ Sexo: Masculino
 Femenino Transgénero

CIN (n.º de Id. del cliente): _____ ¿Es usted veterano? Sí No

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: Casado Divorciado/Separado
 Vive como pareja casada o de hecho Soltero

Calle, ciudad, código postal: _____

Teléfono: _____ Tel. alternativo: _____ ¿Se puede dejar un mensaje?
 Sí No
 Teléfono
 Mensaje de texto
 Correo electrónico
 Correo postal

Correo electrónico: _____ Medio de contacto preferido:

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación: _____ Teléfono: _____
(Asegúrese de obtener el consentimiento mediante el formulario DOH 5055 para el contacto en caso de emergencia)

Seguro: CDPHP MVP Fidelis Wellcare United Healthcare Desconocido
 Otro, especifique: _____
(Incluya los beneficios de la Administración de Veteranos y cualquier otra posible fuente de seguro)

Idioma/información cultural

Religión: _____

Lengua materna: _____ Etnia: _____

Prefiero los materiales o las comunicaciones en otro idioma: No Sí, especifique: _____

¿Puede leer en su lengua materna? Sí No

En caso negativo, ¿tiene a alguien que lo ayude con la lectura? Sí No

¿Tiene alguna creencia o costumbre cultural que le gustaría compartir? _____

Necesidades básicas

1. ¿Puede solventar los alimentos para usted o sus dependientes cada mes?

Siempre A veces Nunca

a. ¿Recibe apoyo o asistencia de: Meals on Wheels Food Pantry Ninguno

Otro: _____

2. ¿Puede pagar los servicios públicos u otras obligaciones financieras todos los meses?

Siempre A veces Nunca

3. ¿Tiene una vivienda estable? Sí, estable (arrenda o es propietario)

De algún modo en riesgo

(retraso en el pago de la renta, amenaza de desalojo)

Riesgo inminente

(perderá la vivienda dentro de 14 días, invitó a una persona sin hogar)

No, literalmente sin hogar (refugio de emergencia, inhabitable)

4. ¿Quién más vive en su hogar?

Nombre	Vínculo	Edad

5. ¿Recibe servicios de cuidado infantil? Sí No N/C, no hay niños que necesiten cuidado infantil
6. ¿Tiene contacto con alguna ayuda comunitaria? *(Marque todas las opciones que corresponda).*
 Ayuda entre pares Autoayuda Organizaciones religiosas Ninguna
 Otra: _____
7. ¿Tiene su propio medio de transporte? Sí No
8. ¿De qué depende generalmente para transportarse? *(Marque todas las opciones que corresponda)*
 Amigos/familiares Autobús público CDTA Taxi MAS/Starbus
 Otro: _____
9. ¿Cuáles son sus intereses o pasatiempos?

Información de atención médica

10. ¿Cuáles son sus diagnósticos y su salud clínica o mental actualmente?

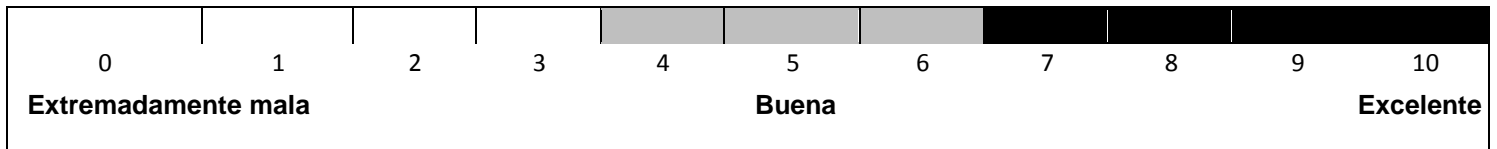
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.

11. ¿Con qué prestadores trabaja actualmente? *(Esta lista debe coincidir con el consentimiento del formulario DOH 5055.*
Si el miembro no necesita un prestador de la lista, seleccione "N/C".
Si el miembro necesita un prestador, pero no está en contacto con ninguno, seleccione "Necesita proveedor".

Nombre del consultorio/prestador	Número de teléfono	Última cita	Próxima cita	N/D	Necesita prestador
Médico de atención primaria:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cardiólogo:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Especialista en enfermedades pulmonares:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del consultorio/prestador	Número de teléfono	Última cita	Próxima cita	N/D	Necesita prestador
Endocrinólogo:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejeros de salud mental/salud conductual:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Consejero de abuso de sustancias:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Psiquiatra:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Farmacia:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Odontólogo:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Oftalmólogo:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obstetrica/ginecología:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Salud gastrointestinal:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Podología:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neurología:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejo del dolor:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diálisis:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hospital preferido:				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Legal (libertad condicional, libertad provisional, servicios de protección infantil):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vivienda (OMH, RSS, MO):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Agencia de atención domiciliaria (Agencia certificada de cuidados médicos a domicilio o Cuidado a largo plazo):				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro: _____				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. En una escala del 1 al 10, en la que 1 significa “Extremadamente mala” y 10 significa “Excelente”, ¿cómo calificaría su salud en los últimos 30 días?



13. Durante los **últimos tres meses**, ¿con qué frecuencia visitó la sala de emergencias?

- Nunca 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

a. ¿Cuál fue el motivo de la consulta? (*Marque todas las opciones que corresponda*)

- Médico Salud mental

14. Durante los **últimos tres meses**, ¿cuántas veces fue hospitalizado?

Nunca 1 vez 2 veces 3 veces 4 o más veces

a. ¿Cuál fue el motivo de las hospitalizaciones? *(Marque todas las opciones que corresponda)*

Médico Salud mental

15. ¿Cuáles son sus impedimentos para manejar sus necesidades de atención médica?

<input type="checkbox"/> Olvida las citas	<input type="checkbox"/> Olvida tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/> No está de acuerdo con el tratamiento
<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> No recibió información sobre los diagnósticos
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Ninguno identificado

Legal

16. ¿Tiene cargos penales pendientes en este momento? Sí No

a. En caso afirmativo, explique: _____

17. ¿Se encuentra actualmente en: libertad provisional? Sí No

libertad condicional? Sí No

(Asegúrese de obtener el consentimiento mediante el formulario DOH 5055 para recibir servicios si el miembro desea otorgarlo).

18. ¿Tiene una causa pendiente con: los Servicios de Protección Infantil? Sí No

los Servicios de Protección para Adultos? Sí No

(Asegúrese de obtener el consentimiento mediante el formulario DOH 5055 para recibir servicios si el miembro desea otorgarlo).

19. ¿Tiene antecedentes penales, como arrestos o condenas? Sí No

a. En caso afirmativo, explique: _____

20. ¿Tiene antecedentes de encarcelamiento? Sí No

a. En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de su liberación más reciente? _____

Para uso exclusivo del especialista de Coordinación de Atención o Servicios Sociales

Para acceder a los servicios de Atención Médica Domiciliaria, la persona debe cumplir con los criterios de diagnóstico y tener factores de riesgo significativos para que se los considere aptos.

21. Identifique los factores de riesgo que hacen que la persona sea apta para recibir los servicios de Atención Médica Domiciliaria. *(Marque todas las opciones que corresponda).*

- Falta apoyo social/familiar/de vivienda o es inadecuado
- Problemas de aprendizaje o cognitivos
- Falta conectividad con el sistema de atención médica o es inadecuada
- Deficiencias en actividades de la vida diaria (por ejemplo, vestirse, comer)
- No respeta los tratamientos o medicamentos o lo hace con dificultades
- Hospitalizaciones o visitas a la sala de emergencias recientes y repetidas por afecciones prevenibles
- Probable riesgo clínico o evento negativo (por ejemplo, muerte, incapacidad, hospitalización, admisión en residencia para personas mayores)
- Liberación reciente de encarcelamiento u hospitalización psiquiátrica