



Coordinación de la atención de Triage

Nombre del/de la cliente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

<p>Si recibió este formulario por correo postal, responda las siguientes preguntas y envíelo de regreso en el sobre adjunto. Esto nos ayudará a abordar las necesidades que usted tiene actualmente.</p>	<p>El coordinador de atención hará un seguimiento sobre las respuestas marcadas con "Sí" o "No estoy seguro", en esta columna.</p>
<p>1. ¿Ha tenido problemas o demoras para obtener sus medicamentos?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2. En los últimos seis meses, ¿faltó a alguna de las últimas citas médicas programadas?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>3. ¿Tiene alguna inquietud sobre su vivienda?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>4. ¿No ha podido pagar la renta, los servicios públicos, los medios de transporte ni los alimentos?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>En los últimos 12 meses:</p> <p>5. ¿Le preocupaba que su comida se acabara antes de tener dinero para comprar más? <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca</p> <p>6. La comida que compró simplemente no duró ¿y ya no le quedaba dinero para comprar más? <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca</p>	<p>La respuesta n.º 5 o n.º 6 fue "Con frecuencia" o "A veces" <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>7. ¿Está recibiendo beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>	<p>Si la respuesta es "No", ¿reúne los requisitos para recibir los beneficios de SNAP? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro</p>
<p>8. ¿Está sin seguro médico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>9. ¿Tiene facturas médicas que no haya pagado en los últimos 12 meses, que no estén asignadas a una agencia de cobros?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>10. Si consume/mastica tabaco o fuma cigarrillos, ¿le gustaría dejar de hacerlo?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A</p>
<p>11. ¿Le gustaría recibir ayuda para volver a trabajar o prestar servicio como voluntario?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>Durante las últimas dos semanas:</p> <p>12. ¿Ha tenido poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>13. ¿Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p> <p>14. Si la respuesta a la pregunta n.º 12 o n.º 13 anterior es "Sí", ¿consulta con regularidad a un profesional de salud mental? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A</p>	<p style="background-color: #cccccc; text-align: center;">[Grilla de sombreado]</p>
<p>15. Si no consulta con regularidad a un profesional de salud mental, ¿quiere una remisión o ayuda para conectarse con su profesional de atención mental?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A</p>
<p>16. Si consulta con regularidad a un profesional de salud mental, ¿ha faltado a alguna</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A</p>

cita de salud mental en el último mes?	
17. En el último año: Hombre/persona identificada como hombre: ¿Cuántas veces en el último año ha consumido 5 o más bebidas alcohólicas en un día? Mujer/persona identificada como mujer: ¿Cuántas veces en el último año ha consumido 4 o más bebidas alcohólicas en un día?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 o más
18. En el último año, ¿ha consumido alguna droga recreativa, que no sea marihuana, o ha tomado algún medicamento de venta con receta por motivos no médicos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
19. Si la respuesta a la pregunta n.º 18 anterior es "Sí", ¿consulta con regularidad a un profesional en abuso de sustancias? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A	
20. Si no consulta con regularidad a un profesional en abuso de sustancias, ¿quiere una remisión o ayuda para conectarse con su profesional en abuso de sustancias?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A
21. Si consulta con regularidad a un profesional en abuso de sustancias, ¿ha faltado a alguna cita de tratamiento para el abuso de sustancias en el último mes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A
22. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
23. ¿Ha compartido agujas en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
24. ¿Le gustaría que le avisen acerca de clases de educación para la salud cuando estén disponibles en su área?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí (Nos comunicaremos con usted si hay una clase disponible).
25. ¿Le gustaría hablar con el coordinador de atención por cualquier otro motivo?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Comentarios:	
Indique todas las formas en que podemos comunicarnos con usted para hacer un seguimiento de las respuestas afirmativas anteriores (<i>incluya la nueva información de contacto</i>): <input type="checkbox"/> Teléfono: <input type="checkbox"/> Correo postal: <input type="checkbox"/> Correo electrónico:	
Si no podemos localizarlo a través de las fuentes indicadas anteriormente y/o si no quiere recibir correo postal, ¿cuándo se comunicará con su coordinador de atención para hablar sobre las respuestas afirmativas?	

Office use only: If "yes" has been answered please refer to CC, indicate below the steps taken:

<input type="checkbox"/> Referred to CC by phone, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> Referred to CC by e-mail, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> Referred to CC in person, date: _____	Initials: _____
<input type="checkbox"/> CC confirms contact with client, date: _____	Initials: _____