



Priorización para la coordinación de casos

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 del caso hará un seguimiento sobre las respuestas marcadas con "Sí" o "No estoy seguro", en esta columna.</p>
<p>1. ¿Ha recibido algún diagnóstico nuevo en los últimos 12 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>2. ¿Ha omitido alguna dosis de sus medicamentos en los últimos 30 días?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>3. ¿Ha tenido problemas o demoras para obtener sus medicamentos?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>4. 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>5. ¿Ha tenido algún cambio significativo en sus hábitos alimentarios o falta de apetito en los últimos 30 días?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>6. ¿Ha presentado cierta disminución o aumento considerable de peso sin causa aparente, en los últimos 30 días?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>7. ¿Han pasado más de 12 meses desde que vio a su médico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>8. ¿Han pasado más de 12 meses desde que vio al especialista en VIH?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>9. ¿Han pasado más de 6 meses desde sus últimos análisis de laboratorio?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>10. ¿Tiene actualmente algún problema grave en los dientes o siente dolor?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>11. 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>12. ¿Tiene alguna inquietud sobre su vivienda?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>13. ¿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: 14. ¿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 15. 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 14 o n.º 15 fue "Con frecuencia" o "A veces" <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>16. ¿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>17. ¿Está sin seguro médico?</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>
<p>18. ¿Tiene facturas médicas que no haya pagado en los últimos 12 meses, que no estén</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí</p>

asignadas a una agencia de cobros?	
19. ¿Le gustaría recibir ayuda para volver a trabajar o prestar servicio como voluntario?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
Durante las últimas dos semanas: 20. ¿Ha tenido poco interés o placer por hacer cosas? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 21. ¿Se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí 22. Si la respuesta a la pregunta n.º 17 o n.º 18 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	
23. Si no consulta con regularidad a un profesional de salud mental, ¿quiere una remisión o ayuda para conectarse con su profesional de atención mental?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A
24. Si consulta con regularidad a un profesional de salud mental, ¿ha faltado a alguna cita de salud mental en el último mes?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> N/A
25. 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
26. 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 27. Si la respuesta a la pregunta n.º 23 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	
28. 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
29. 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
30. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
31. ¿Ha compartido agujas en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí
32. ¿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).
33. ¿Le gustaría hablar con el coordinador del caso 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 (incluya la nueva información de contacto): <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo postal	
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 del caso para hablar sobre las respuestas afirmativas?	