# Sección A: PREFERENCIAS LINGUISTICAS/CULTURALES

Idioma principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Habla**: ❒ Inglés ❒ Español ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Lee** en: ❒ Inglés ❒ Español ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Escribe** en: ❒ Inglés ❒ Español ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Hay algún rito o creencia que podrían afectar el cuidado de su salud? ❒SÍ ❒No

De ser así, por favor explique: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Como su administrador de casos, ¿Cómo le gustaría que aborde estos problemas en su cuidado? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Quién en su familia toma las decisiones con respecto a su salud? ❒ Yo mismo(-a) ❒ Otra persona: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones en CAREWare.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección B: RED DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL

¿Ha divulgado su estado de VIH a su(s) expareja(s)? ❒ Sí ❒ No ❒ N/A

¿Ha divulgado su estado de VIH a su pareja actual? ❒ Sí ❒ No ❒ N/A, no estoy en una relación

¿Sabe cuál es el estado actual de VIH de su cónyuge o pareja? ❒ Sí, positivo ❒ Sí, negativo ❒ No ❒ N/A

Describa el tipo de relación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene otras personas en su vida que lo respaldan? ❒ Sí ❒ No

¿Tiene un sistema de apoyo social (iglesia, familia, amistades, otro)? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿su sistema de apoyo está al tanto de su estado de VIH? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿son personas que lo respaldan? ❒ Sí ❒ No

Si no están al tanto de su estado, ¿tiene algunas de estas preocupaciones?

❒ Divulgación del estado de VIH implica pérdida de vivienda o planes de vivienda

❒ El cliente no está listo/-a para divulgar su estado de VIH

❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Le gustaría decirle a alguien sobre su estado de VIH, pero necesita el apoyo para hacerlo?

❒ Sí ❒ No

De ser así, con quién le gustaría hablar sobre su estado de VIH: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Con quién cuenta o a quién acude para recibir apoyo? (Seleccione todas las que correspondan)

❒ Con nadie ❒ Conmigo ❒ Miembro de la familia ❒ Amigo/-a ❒ Cónyuge / pareja

❒ Prestador médico ❒ Espónsor ❒ Administrador de casos ❒ Persona de apoyo espiritual

¿Le gustaría tener un sistema de respaldo más sólido? ❒ Sí ❒ No

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección C: SITUACION DE VIVIENDA/VIDA

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Grupos prioritarios de vivienda asequible:** | **Sí** | **No** |
| ¿Veterano? |  |  |
| ¿55+? |  |  |
| ¿Trastornos mentales graves (esquizofrenia, bipolar, o depresión grave), o consumo de sustancias crónicas? |  |  |
| ¿Escasez crónica de vivienda (ver definición)? |  |  |

**Definición del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD, por sus siglas en inglés) sobre la escasez de vivienda:**

Ha estado viviendo en un lugar que no está apto para la habitación humana como albergue, calle, auto, edificio abandonado:

❒ continuamente por un año o más O ❒ al menos cuatro incidentes en los últimos tres

años?

**Estado actual de vivienda (requisito de datos de la Administración de Recursos y Servicios de Salud- HRSA/Informe de los Servicios del Programa VIH/SIDA de Ryan White- RSR):**

**Estable/Permanente (**❒ apartamentos, ❒ casas, ❒ hogar de acogida, ❒ residencias a largo plazo, ❒ pensiones)

**Provisional** (❒ Alojamiento de transición, ❒ estadía temporal con familia o amistades,

❒ acomodación temporal en un centro (ej., ❒ hospital, ❒ centro psiquiátrico, ❒ centro para el tratamiento de abuso de sustancias, o ❒ centro de detoxificación), ❒ hotel o motel pagado sin el cupón para refugios de emergencias.

**Inestable** (❒ Refugios de emergencias, ❒ carro, ❒ un edificio abandonado, ❒ un autobús/ tren/estación de metro/aeropuerto, o ❒ afuera, ❒ cárcel, prisión, ❒ centro de detención de menores ❒ hotel o motel pagado con el cupón para refugios de emergencia.

Si está alojado en un centro o está alojado provisionalmente, ¿necesitará ayuda para conseguir un albergue o un lugar donde vivir una vez que le den de alta? ❒ Sí ❒ No ❒ NA

Además de Ud., ¿quién vive en su vivienda (incluidos los niños)?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre** | **Parentesco** | **¿Están conscientes de su estado de VIH?** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección D: PLAN FINANCIERO / ESTADO LABORAL

¿Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❒ N/A actualmente no trabajo

Si no está trabajando, ¿le gustaría recibir ayuda para buscar empleo? ❒ Sí ❒ No

|  |  |
| --- | --- |
| Tiene suficiente dinero cada mes para pagar el alquiler y/o los servicios de agua y electricidad? | ❒ Sí ❒ No ❒ NA |
| ¿Tiene cuentas médicas vencidas? | ❒ Sí ❒ No ❒ NA |

Preocupaciones laborales o financieras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección E: TRANSPORTE

¿Cuál es su fuente principal de transporte?

❒ Vehículo proprio ❒ Autobús ❒ Mi familia /mis amigos me llevan ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Necesitará ayuda para ir a sus citas médicas o de servicios sociales? ❒ Sí ❒ No

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección F: NECESIDADES LEGALES

¿Necesita ayuda con algunas de las siguientes opciones relacionadas con su estado de VIH? (*Seleccione todas las que correspondan*):

❒ Ninguna requerida

❒ Preocupaciones de confidencialidad

❒ Discriminación

❒ Testamento

❒ Testamento vital

❒ Poder notarial

❒ Servicios notariales

¿Está Ud. bajo libertad condicional o bajo vigilancia? ❒ Sí ❒ No ❒ N/A De ser así, ¿Hasta qué fecha? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está su supervisor de libertad condicional/vigilancia al tanto de su estado de VIH?

❒ Sí ❒ No ❒ N/A

¿A Ud. se le requiere registrarse como delincuente sexual? ❒ Sí ❒ No ❒ N/A

¿Es Ud. ciudadano(-a) de los Estados Unidos? ❒ Sí ❒ No \****Los programas de*** ***Ryan White PUEDEN prestar servicios a personas que no se encuentran legalmente en el país. \****

De no ser así, ¿qué tipo de documentos tiene? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País de origen: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección G: COMIDA/SUPLEMENTO ALIMENTICIO

¿Ha aumentado o perdido una cantidad importante de peso en los últimos 6 meses? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿ha aumentado de peso? \_\_\_\_\_ (lbs. aumentadas) \_\_\_\_\_\_ (lbs. perdidas)

De ser así, describa el aumento o la pérdida de peso y el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está tomando suplementos nutricionales? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿qué suplemento(s)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a: (selecciones todas las que correspondan)

❒ comida de despensa? ❒ bonos alimenticios? ❒ comida a domicilio ‘*Meals on Wheels’*? ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene algún problema físico que le dificulta comer? ❒ Sí ❒ No

De ser así, seleccione todas las que correspondan:

❒ Problemas dentales/boca ❒ Dificultad para tragar ❒ Alergias alimentarias

❒ Nausea ❒ Problemas de alteración del gusto ❒ No puede comer ciertas comidas

❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Problemas de comida o de nutrición: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección H: FUNCIONAL (Actividades de la vida cotidiana y atención médica a domicilio)

¿Su salud le impide trabajar, hacer trabajos caseros/domésticos, o ir a la escuela? ❒ Sí ❒ No

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **¿Tiene alguna dificultad para hacer algunas de estas actividades en un día normal?** | **No, NO tengo limitaciones** | **Tengo un poco de limitaciones** | **Tengo muchas limitaciones** |
| Actividades físicas que puede hacer, como levantar objetos pesados. |  |  |  |
| Actividades físicas que puede hacer como mover una mesa, o llevar las compras del mercado. |  |  |  |
| Caminar cuesta arriba o subir algunos peldaños en la escalera. |  |  |  |
| Doblarse, cargar o agacharse. |  |  |  |
| Caminar una cuadra o correr. |  |  |  |
| Comer, vestirse, bañarse o sentarse y levantarse del inodoro. |  |  |  |

Tecnologías asistenciales necesarias:

Físicas: ❒ Silla de rueda ❒ Scooter ❒ Bastón ❒ Andador ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Visual/Auditorias: ❒ En letra grande ❒ Braille ❒ Lector de pantalla audible ❒ Aparatos auditivos ❒ Lentes ❒ Interpretación en lenguaje de señas del inglés de los Estados Unidos ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Cognitivas/Aprendizaje: ❒ Ayudas mentales ❒ Software educativo ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Necesita o usa Equipo Médico Duradero? (Ejemplo: Bastón, andador, etc.) ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿qué tipo de equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés) usa o necesita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está recibiendo atención médica en el hogar? ❒ Sí ❒ No

De ser así, indique le tipo de atención (enfermería especializada, auxiliar de atención médica en el hogar, terapia ocupacional, terapia física) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre del prestador** | **Dirección** | **Teléfono y fax** | **Nombre de contacto** |
|  |  |  |  |

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección I: CUIDADO DE SALUD BUCAL

En el último año, ¿ha tenido un examen de salud bucal? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿cuándo y dónde fue su última cita? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De no ser así, indique el motivo \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Desea que lo derivemos a un dentista? ❒ Sí ❒ No

Preocupaciones dentales: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección J: ORIENTACION SEXUAL, IDENTIDAD DE GENERO Y SALUD SEXUAL

En los últimos 12 meses, ¿ha estado sexualmente activo(-a)? ❒ Sí ❒ No

¿Le atraen y/o sostiene relaciones con:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ❒ Hombres | ❒ Ambos | ❒ No quiero divulgar |
| ❒ Mujeres | ❒ Ninguno |  |

¿Cuándo está sexualmente activo(-a), con qué frecuencia usa un condón u otro método anticonceptivo de barrera?

❒ Nunca ❒ A veces ❒ Todo el tiempo.

¿Qué métodos de reducción de riesgos usa cuándo sostiene relaciones sexuales?

❒ Condón/uso de barreras ❒ Barreras dentales ❒ Abstinencia ❒ Ninguno ❒ No corresponde

¿Qué método(s) anticonceptivo(s) corresponde en su caso? Seleccione los que correspondan.

❒ Abstinencia ❒ Píldora anticonceptiva ❒ Condones ❒ Depo Provera

❒ Histerectomía ❒ DIU/Diafragma ❒ Espermicidas ❒ Ligadura de trompas

❒ Vasectomía ❒ Ninguno ❒ No corresponde

¿Tiene algunas inquietudes sobre la función sexual o las relaciones sexuales? ❒ Sí ❒ No

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección K: HISTORIAL MEDICO

¿Está viendo a un prestador de atención primaria para su estado de VIH? ❒ Sí ❒ No

De ser así, quién: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De no ser así, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De no ser así, ¿le gustaría que lo derivemos a un prestador de cuidados primarios? ❒ Sí ❒ No

De no ser así, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿En los últimos 6 meses, ha ido a la **sala de urgencia** (así como para la salud mental)?

❒ Sí ❒ No ❒ Rehusó contestar ❒ Se desconoce

¿En los últimos 6 meses, ha sido **admitido** al hospital (así como para la salud mental)?

❒ Sí ❒ No ❒ Rehusó contestar ❒ Se desconoce

¿Desea más información sobre la prueba anal, o para la detección de citología vaginal o autoexámenes del seno?

❒ Sí ❒ No

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección L: MEDICAMENTOS/ADHERENCIA

¿Está tomando medicamentos de VIH en la actualidad? ❒ Sí ❒ No

De no ser así, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De ser así, cuáles son los medicamentos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Indique otra razón por la cual no pueda tomar una dosis del medicamento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está tomando medicina herbolaria o suplementos para su enfermedad de VIH? ❒ Sí ❒ No

De ser así, qué toma: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De ser así, derivar al médico de atención primaria

¿Tiene problemas con algunas de las siguientes opciones? (*Seleccione todas las que correspondan*.)

❒ Entender las indicaciones para tomar los medicamentos ❒ Almacenar debidamente los medicamentos

❒ Mantener las citas médicas ❒ Mantener las restricciones dietéticas

❒ Recoger recetas médicas en la farmacia ❒ Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección M: EVALUACION PERINATAL / SALUD REPRODUCTIVA

¿Tiene pensado quedar embarazada o tener un hijo biológico en el futuro? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿Le gustaría más información sobre la transmisión de VIH o los factores de riesgo?

❒ Sí ❒ No

*Para cualquier padre con un hijo de ≤ 2 años, llene lo siguiente para asegurar que el niño está recibiendo el tratamiento/cuidado adecuado.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Niño 1** | **Niño 2** |
| ¿Cuál es el estado de VIH del niño? (seleccione una sola) [La respuesta depende de los resultados de laboratorio] | ❒ Se desconoce/no ha sido evaluado  ❒ Indeterminado  ❒ VIH-Positivo/clínico y estado CD4 desconocido  ❒ VIH-Negativo  ❒ Asintomático (VIH infectado sin síntomas) | ❒ Se desconoce/no ha sido evaluado  ❒ Indeterminado  ❒ VIH-Positivo/clínico y estado CD4 desconocido  ❒ VIH-Negativo  ❒ Asintomático (VIH infectado sin síntomas) |
| Si se desconoce la respuesta/no ha sido evaluado o indeterminado, ¿necesita el niño ser evaluado? | ❒ Sí  ❒ No (derivar al cliente)  ❒NA | ❒ Sí  ❒ No (derivar al cliente)  ❒NA |
| ¿Está su niño recibiendo cuidado médico relacionado con el VIH? | ❒ Sí  ❒ No (derivar al cliente)  ❒N/A  De ser así, dónde/nombre del doctor e información de contacto | ❒ Sí  ❒ No (derivar al cliente)  ❒N/A  De ser así, dónde/nombre del doctor e información de contacto |

¿Está Ud. o su pareja embarazada?

❒ No, no estoy/está embarazada

❒ Sí, estoy/está embarazada

De ser así, ¿está viendo a alguien para su cuidado prenatal? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ nombre del prestador: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Última visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Próxima visita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De no ser así, derive al cliente:

Ubicación: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fecha de la cita: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ o ❒ cliente ha rehusado

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección N: SALUD MENTAL Y ESTADO PSICOSOCIAL

¿Alguna vez ha estado hospitalizado(a) debido a un problema de salud mental? ❒ Sí ❒ No

¿Está Ud. **actualmente** recibiendo ayuda profesional por algún problema de salud mental?

❒ Sí ❒ No ❒N/A

De ser así, ¿qué tipo de ayuda? ¿Dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De ser así, ¿está tomando medicamentos para algunos de los síntomas mencionados arriba?

❒ Sí ❒ No

Recetado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De no ser así, explique el motivo: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿**Alguna vez** ha recibido ayuda para algunos de los problemas de salud mental mencionados arriba en el **pasado**? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿qué tipo de ayuda? ¿dónde? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Si no está tomado medicamentos para uno de los síntomas mencionados arriba, ¿**alguna vez**

los ha tomado? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿qué medicamentos? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Recetados por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cómo sobrelleva el estrés? ­­­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Evaluación de depresión (Cuestionario sobre la salud del paciente-PHQ-9):** Proporcione la evaluación.

|  |  |
| --- | --- |
| **PHQ-9 Puntos:** |  |

**Evaluación de ansiedad (Escala de trastornos generales de ansiedad -GAD-7):** Proporcione la evaluación.

|  |  |
| --- | --- |
| **GAD-7 Puntos:** |  |

**OPTIONAL: Evaluación de trauma (Cuidado primario – trastorno de estrés postraumático - PC-PTSD):** Proporcione la evaluación.

|  |  |
| --- | --- |
| **PC-PTSD Puntos:** |  |

**Evaluación de Suicido/Autolesión**

¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño o de suicidio? ❒ Sí ❒ No

De ser así, describa la situación: ­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Está teniendo en la **actualidad** pensamientos de suicidio? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿ha pensado en un plan para hacerse daño? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿cuál es su plan (incluya, tiempo, método, acceso)? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Cuáles son los motivos que le impedirían continuar con su plan? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Explore los siguientes factores de riesgo, estrés, y prevención con cualquiera que ha intentado o pensado suicidarse. Hable sobre esta información en el planeamiento de seguridad con la persona que está teniendo pensamientos suicidas.***

Factores de riesgo de suicidio (¿Corresponden algunos de los siguientes?):

❒ Intento anterior ❒ Aislamiento social

❒ Mal uso de drogas /alcohol ❒ Enfermedad crónica y discapacidad

❒ Depresión o trastorno emocional ❒ Falta de acceso al cuidado de salud conductual

❒ Acceso a medios letales ❒ Conocer a alguien que murió por suicidio

Estresores sicosociales:

❒ Final de una relación ❒ Muerte de un ser querido

❒ Un arresto ❒ Problemas financieros graves

Factores en la prevención de suicidio:

❒ Cuidado de salud conductual eficaz

❒ Conexiones con personas, familia, comunidad, o instituciones sociales

❒ Habilidades para la vida que incluyen resolver de problemas, estrategias de afrontamiento, y la capacidad de adaptarse a cambios

❒ Autoestima y tener un propósito de la vida

❒ Creencias culturales, religiosas, o personales que no inciten el suicidio

❒ ¿Qué siente antes de que le empiecen estos pensamientos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_?

❒Estrategias internas de afrontamiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Indicadores homicidas**

¿Ha tenido pensamientos de hacerle daño a otros **en el pasado?** ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿lo hizo? (¿A quién le hizo daño? ¿Cómo? ¿Cuándo?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De ser así, y no lo hizo, ¿cuáles fueron los motivos que le impidió hacerles daño?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿Tiene en la **actualidad** pensamientos de hacerle daño a otros? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿cuáles son sus pensamientos? (¿Quién? ¿Cómo? ¿Cuándo?) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

De ser así, ¿cuáles son algunas de las razones que le impedirían hacerles daño a otros?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si piensa que la persona puede hacerse daño o hacerles daño a otros – ¡no deje al cliente solo, comuníquese con su supervisor!**

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección O: CONSUMO DE ALCOHOL /SUSTANCIAS

**Cuestionario de detección de drogas (DAST-10):** Proporcione la evaluación.

|  |  |
| --- | --- |
| **DAST-10 Puntos:** |  |

**Evaluación de alcohol (reducción, molestia, culpabilidad, consumo matutino de alcohol C.A.G.E.):** Proporcione la evaluación.

|  |  |
| --- | --- |
| **CAGE Puntos:** |  |

¿Está **actualmente** en recuperación? ❒ Sí ❒ No De ser así, ¿por cuánto tiempo? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

¿El consumo de alcohol o drogas ha afectado sus relaciones con la familia/ amistades o el trabajo? ❒ Sí ❒ No

¿Ha fumado >100 cigarrillos en toda su vida? ❒ Sí ❒ No

De ser así, ¿con qué frecuencia fuma Ud. en la actualidad? ❒ Todos los días ❒ Algunos días ❒ No fumo

Si todavía está fumando, ¿ha intentado dejar de fumar en los últimos 12 meses?

❒ Sí ❒ No (*de no ser así, hable con el (la) cliente sobre los programas para dejar de fumar)*

¿Usa otro tipo de producto de tabaco o de nicotina? ❒ Pipa ❒ Puro ❒ Productos de tabaco sin humo (rapé, masticar)

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección P: VIOLENCIA / ABUSO / NEGLIGENCIA

¿Se encuentra actualmente en una relación? ❒ Sí ❒ No

¿Ha experimentado una situación violenta? ❒ Sí ❒ No

De ser así, llene el cuadro de Evaluación de violencia:

**Evaluación de la violencia**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tipo:** | **Víctima** | **Causante** | **Testigo** | **Presente** | **Pasado** |
| Abuso físico |  |  |  |  |  |
| Violencia domestica/pareja |  |  |  |  |  |
| Violencia comunitaria |  |  |  |  |  |
| Negligencia física |  |  |  |  |  |
| Abuso emocional |  |  |  |  |  |
| Maltrato a personas mayores |  |  |  |  |  |
| Abuso sexual |  |  |  |  |  |
| Abuso financiero |  |  |  |  |  |
| Abuso verbal |  |  |  |  |  |

**\*Si está experimentando o ha experimentado violencia, vaya a los servicios de emergencia adecuados (ej.: línea directa para la violencia de pareja/doméstica, policía, etc. etc.)**

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# Sección Q: PLAN DE EVACUACION DE EMERGENCIA/ PLAN DE GESTION DE CRISIS

**En caso de una evacuación de emergencia, cómo responderá el cliente:**

❒ Tiene su propio transporte

❒ Saldrá con familia/amigos

❒ Albergue disponible

❒ Otro:

¿Se puede comunicar con el (la) cliente con la información proporcionada?

¿Dónde evacuará el cliente?

Otros puntos revisados con el (la)cliente en cuanto a la evacuación de emergencia: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*\*\*\*Aconséjele al (a la) cliente sobre el acceso a medicamentos durante la evacuación\*\*\*\**

Otra emergencia/crisis potencial (Seleccione todas las que correspondan)

❒ Médica; Hospital preferido: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ❒ Amenaza de un desalojo

❒ Salud mental ❒ Amenaza de interrupción de agua y

electricidad

❒ Consumo de sustancias Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

❒ Arresto Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Administrador(-a) de casos: ¿El (la) cliente tiene necesidad de algunos de los servicios que se encuentran en esta sección**  ❒ **Sí** ❒ **No** ❒ **Ha declinado**

**De ser así, por favor documente la derivación en el gestor de derivaciones.**

**De no ser así o ha declinado, explique el motivo:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_