

Formulario de Visita del Programa KDHE - Adulto

Qué Cuidador o Adulto estuvo involucrado (Nombre del Cliente):

Fecha de Actividad: _____

Agencia/Clinica: _____

Dirección del Cliente: _____

Ciudad: _____

Código Postal: _____

Condado de Residencia: _____

Número de Teléfono: _____ - _____ - _____

Correo Electrónico: _____

Método Preferido de Contacto: (Marque todo lo que corresponda)

- Llamada
- Mensaje de texto
- Correo electrónico
- Correo
- No Contactar

Programa: (Por favor, Seleccione uno)

- Convertirse En Mamá (Becoming A Mom)
- Planificación Familiar (Family Planning)
 - ¿La Visita de FP es Confidencial?
 - Sí
 - No
- Salud Materna e Infantil (Maternal Child Health, MCH/M&I)
- Iniciativa de Mantenimiento del Embarazo (Pregnancy Maintenance Initiative, PMI)
- Gestión de Casos de Embarazo en Adolescentes Teen Pregnancy (TPTCM)

Para visitas de planificación familiar: ¿Desea hablar sobre la anticoncepción o la prevención del embarazo durante su visita de hoy? (Seleccione uno)

- Estoy aquí para otra cosa
- Esta pregunta no se aplica a mí
- Prefiero no responder
- Ya estoy usando anticonceptivos
- No estoy seguro o no quiero usar anticonceptivos
- Espero quedar embarazada en un futuro próximo

Sí

No - No quiero hablar de anticoncepción hoy porque estoy aquí para otra cosa.

No - Esta pregunta no se aplica a mí, Yo Prefiero no responder

No - Ya estoy usando anticonceptivos

No - No estoy segura o no quiero usar anticonceptivos

No - Espero quedar embarazada en un futuro próximo

Cobertura de Atención Primaria de Salud: (Por favor, Seleccione uno)

- Ninguno/Yo Pago
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente, HealthWave)
- Medicare (el cliente está en discapacidad)
- Desconocido/No Reportado

Cobertura de Atención Secundaria de Salud: (Por favor, Seleccione uno)

- Ninguno
- Seguro Privado
- Tricare
- KanCare/Medicaid
- CHIP (Anteriormente, HealthWave)
- Medicare (El cliente está en discapacidad)
- Desconocido/No reportado

¿Has tenido una visita de bienestar durante los últimos 12 meses? (Con cualquier proveedor, no solo dentro del programa)

- Sí
- No
- El cliente no está Seguro

¿Tiene una necesidad especial de atención médica o una discapacidad? (Tiene un diagnóstico médico o requiere atención más allá de la atención preventiva general)

- Sí
- No

Formulario de Visita del Programa KDHE - Adulto

¿ Cuida a algún niño que tenga necesidades especiales de salud o discapacidades? (Cuida a un niño que tiene un diagnóstico médico o requiere atención más allá de la atención preventiva general)

Sí

No

Hogar: (Número de personas) _____

Ingreso anual del hogar: \$ _____

Ingreso anual del hogar: (Seleccionar rango)

Menos que \$10,000

\$10,000 a \$14,999

\$15,000 a \$19,999

\$20,000 a \$24,999

\$25,000 a \$34,999

\$35,000 a \$49,999

\$50,000 o más

No sé

rechazado

Nivel de educación:

< 12 Años

Bachillerato/GED

Certificación Vocacional/Licencia

Universidad-sin Título

Título de Asociado

Licenciatura o superior

Estudiante actual:

Sí

No

Empleo:

Desempleado

Ocasional/Empleo estacional

Tiempo parcial

Tiempo completo

Estado civil:

Soltero

Casado

Separado

Divorciado

Viudo

Asistencia para la inscripción en el cuidado de la salud - ACA (Mercado de Seguros)

Asistencia en el sitio

Asistencia fuera del sitio

No se brindó asistencia

Asistencia para la inscripción en el cuidado de la salud - Medicaid (KanCare)

Asistencia en el sitio

Asistencia fuera del sitio

No se brindó asistencia

Asistencia para la inscripción en el cuidado de la salud - A Tercero (Seguro privado)

Asistencia en el sitio

Asistencia fuera del sitio

No se brindó asistencia

¿Visita Presencial o Virtual?

En persona

Virtual, sólo llamada telefónica

Virtual, video chat (Skype, Zoom, FaceTime, etc.)

¿Consideraría ser madre o padre el próximo año?

Sí

No

El cliente No Está Seguro

De cualquier manera, está bien para el cliente.

La Madre está embarazada

En el último año, ¿Con qué frecuencia ha consumido

Alcohol? (Para hombres, 5 o más tragos al día. Para mujeres, 4 o más tragos al día)

Nunca

Una o Dos veces

Mensual

Semanal

Diario o Casi Diario

Tabaco, Nicotina o Productos de Vapeo

Nunca

Una o Dos veces

Mensual

Semanal

Diario o Casi Diario

¿Medicamentos Recetados por Razones No Médicas?

- Nunca
- Una o Dos veces
- Mensual
- Semanal
- Diario o Casi Diario

¿Drogas ilegales? (Incluyendo la marihuana)

- Nunca
- Una o Dos veces
- Mensual
- Semanal
- Diario o Casi Diario

Si actualmente está embarazada, ¿Con qué frecuencia ha consumido las siguientes sustancias desde que se enteró de que estaba embarazada?

Actualmente no estoy embarazada. Omitir esta pregunta.

Alcohol

- Estoy consumiendo más alcohol
- Mi consumo de alcohol es casi el mismo
- He reducido la cantidad o la frecuencia del consumo de alcohol.
- he dejado de consumir alcohol
- nunca he consumido alcohol

Tabaco, Nicotina o Productos de vapeo

- Estoy consumiendo más tabaco, nicotina o vapeo
- Mi consumo de tabaco, nicotina o vapeo es más o menos el mismo
- He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de tabaco, nicotina o vapeo
- He dejado de consumir tabaco, nicotina o productos de vapeo
- Nunca he consumido tabaco, nicotina o productos de vapeo

¿Medicamentos Recetados por Razones No Médicas?

- Estoy tomando más medicamentos de venta con receta
- Mi consumo de medicamentos recetados es más o menos el mismo
- He reducido la cantidad o la frecuencia de consumo de medicamentos con receta médica

He dejado de tomar medicamentos con receta médica

Nunca he consumido medicamentos con receta médica

¿Drogas ilegales? (Incluyendo la marihuana)

- Estoy consumiendo más drogas ilegales
- Mi consumo de drogas ilegales es más o menos el mismo
- He reducido la cantidad o la frecuencia del consumo de drogas ilegales
- He dejado de consumir drogas ilegales
- Nunca he consumido drogas ilegales

¿Hay alguien en el hogar que fume o utilice dispositivos de vapeo que contengan tabaco, nicotina u otras sustancias?

- Sí
- No

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

- Poco interés o placer en hacer las cosas
- No, en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Sentirse abatido, deprimido o desesperanzado

- No, en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Sentirse nervioso, ansioso o inquieto

- No, en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

No ser capaz de detener o controlar la preocupación

- No, en absoluto
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días