



## Evaluación integral de necesidades

**Nombre del miembro:**

<First Name> <Last Name>

**Id. de miembro:** <ID\_de\_miembro>

Fecha de nacimiento del miembro:

<MM/DD/YYYY>

Nos gustaría conocerlo mejor. Le pediremos que proporcione cierta información personal, que incluye raza, origen étnico, sexo y preferencias de idioma. Recopilamos esta información para mejorar la calidad de la atención para todas las personas a las que servimos. Protegeremos sus respuestas y las mantendremos confidenciales. Este cuestionario es completamente voluntario. Puede optar por no responder alguna o todas las preguntas. Su atención y sus beneficios no cambiarán debido a sus respuestas o si no responde alguna o todas las preguntas.

**1. ¿Cuál es su origen étnico?**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hispano o latino, o de origen español      | <input type="checkbox"/> No lo sé           |
| <input type="checkbox"/> No hispano ni latino, ni de origen español | <input type="checkbox"/> Elijo no responder |

**2. ¿Cuál es su raza? Puede seleccionar más de una respuesta.**

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska
- Asiático
- Negro o afroamericano
- Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico
- Blanco
- Otra raza. Especifique: \_\_\_\_\_
- No lo sé
- Prefiero no responder

**3. ¿Cuál es su sexo asignado al nacer?**

- Femenino
- Masculino
- Intersexual
- No lo sé
- Prefiero no responder

**4. ¿Con qué género se identifica más?**

- Femenino
- Masculino
- No binario/género queer
- Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre (MAH)
- Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer (HAM)
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**5. ¿En qué idioma prefiere hablar?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés                | <input type="checkbox"/> Francés              |
| <input type="checkbox"/> Español               | <input type="checkbox"/> Criollo caboverdiano |
| <input type="checkbox"/> Portugués – brasileño | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano     |
| <input type="checkbox"/> Portugués – europeo   | <input type="checkbox"/> Árabe                |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita            | <input type="checkbox"/> Tagalo               |
| <input type="checkbox"/> Chino – cantonés      | <input type="checkbox"/> Otro: especifique:   |
| <input type="checkbox"/> Chino – mandarín      | _____   |

**6. ¿En qué idioma prefiere leer?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés                | <input type="checkbox"/> Francés              |
| <input type="checkbox"/> Español               | <input type="checkbox"/> Criollo caboverdiano |
| <input type="checkbox"/> Portugués – brasileño | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano     |
| <input type="checkbox"/> Portugués – europeo   | <input type="checkbox"/> Árabe                |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita            | <input type="checkbox"/> Tagalo               |
| <input type="checkbox"/> Chino – cantonés      | <input type="checkbox"/> Otro: especifique:   |
| <input type="checkbox"/> Chino – mandarín      | _____   |

**7. ¿En qué idioma prefiere escribir?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés                | <input type="checkbox"/> Francés              |
| <input type="checkbox"/> Español               | <input type="checkbox"/> Criollo caboverdiano |
| <input type="checkbox"/> Portugués – brasileño | <input type="checkbox"/> Criollo haitiano     |
| <input type="checkbox"/> Portugués – europeo   | <input type="checkbox"/> Árabe                |
| <input type="checkbox"/> Vietnamita            | <input type="checkbox"/> Tagalo               |
| <input type="checkbox"/> Chino – cantonés      | <input type="checkbox"/> Otro: especifique:   |
| <input type="checkbox"/> Chino – mandarín      | _____   |

**8. ¿Necesita materiales escritos en un formato alternativo?**

- Sí
- No
- Si la respuesta es sí, ¿qué formato?
  - Braille
  - Archivo de audio
  - Letra grande
  - Otro \_\_\_\_\_

**9. ¿Qué dispositivos o servicios de asistencia usa para la comunicación? (marque todos los que corresponda).**

- TTY
- Interpretación remota por video (Video Remote Interpreting, VRI)
- Servicios de retransmisión de video (Video Relay Services, VRS)
- Servicios de intérprete
- Programas informáticos de lectura de pantalla
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- Ninguna

**10. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?**

- Grados 1-6
- Grados 7-9
- Grados 10-12
- Diploma de escuela secundaria
- Certificado vocacional
- Universitario (sin título)
- Título de asociado, especifique: \_\_\_\_\_
- Licenciatura, especifique: \_\_\_\_\_
- Título de posgrado, especifique: \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder

**11. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?**

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir (me estoy hospedando de forma temporal con otras personas, en un hotel, en un refugio; estoy viviendo al aire libre en la calle, en una playa, en un automóvil, un edificio abandonado, estación de autobús o tren o en un parque)
- Prefiero no responder

**12. ¿En qué tipo de casa vive?**

- Hogar unifamiliar
- Departamento
- Casa rodante
- Hogar para ancianos, personas jubiladas o de vida asistida
- Sin hogar
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**13. Si no tiene hogar, describa su situación:**

- Refugio, especifique: \_\_\_\_\_
- Se queda con amigos/familiares, especifique: \_\_\_\_\_
- Calle, especifique: \_\_\_\_\_
- Residencia de crisis, especifique: \_\_\_\_\_
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**14. ¿Con quién vive actualmente?**

- Solo
- Pareja/compañero significativo
- Familia con hijos (menores de 18 años)
- Familia sin hijos
- Compañeros de apartamento
- Amigos
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**15. ¿Tiene hijos?**

Sí, mayores de 18 años

Si la respuesta es sí, ¿viven con usted?

Sí

No

Sí, menores de 18 años

Si la respuesta es sí, ¿viven con usted?

Sí

No

No, no tengo hijos

**16. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes?  
(marque todos los que corresponda).**

Moho

Pintura de plomo o pintura

Calor inadecuado

El horno o la estufa no funcionan

Sin detectores de humo O los detectores de humo no funcionan

Fugas de agua

Ninguna de las anteriores

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**17. ¿Tiene un alquiler vencido o está pendiente de desalojo?**

Sí

No

**18. Indique si hay alguna necesidad especial en relación con la ubicación de la vivienda:**

Accesible para silla de ruedas

No se puede subir escaleras

Restricciones legales

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**19. ¿Tiene asignado un administrador de casos/asesor residencial?**

- Sí
- No

**20. ¿Recibe un subsidio de vivienda?**

- Sí
- No

**21. ¿Cuánto tiempo ha vivido en su vivienda actual?**

- Menos de 1 año
- 1-2 años
- Más de 2 años

**22. ¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? (marque todos los que corresponda).**

- Empleo remunerado
- Asistencia en efectivo: SNAP, WIC o Desempleo
- Ingreso de seguridad suplementario (SSI):
- Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- Servicios para el VIH/sida (HASA)
- Beneficios para veteranos
- Beneficios de jubilación/Fondos de pensión
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**23. ¿Sus ingresos son suficientes para satisfacer sus necesidades básicas (p. ej., alimentos, ropa, refugio)?**

- Sí
- No

**24. ¿Cuál de estas afirmaciones describe mejor los alimentos que ha consumido en su hogar en los últimos 12 meses?**

- Tengo suficientes alimentos de los que quiero comer
- Tengo suficientes alimentos de los que quiero comer, pero no siempre tengo de los que quiero comer
- A menudo no tengo suficiente para comer
- No lo sé
- Prefiero no responder

**25. Si no tiene acceso a los alimentos que necesita, ¿cuáles son las barreras?**

- Finanzas
- Transporte
- Distancia al mercado de alimentos más cercano
- Físicamente incapaz de comprar
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

**26. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le impidió asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir elementos necesarios para la vida diaria?**

- Sí
- No

**27. ¿Necesita ayuda para solicitar o hacer un seguimiento de los beneficios adicionales?**

- Sí

Beneficios adicionales necesarios. (marque todas las que correspondan).

- Medicaid
- Asistencia en efectivo
- Estampillas para alimentos
- Ingreso de seguridad suplementario
- Administración de Servicios para el VIH/sida
- Beneficios para veteranos
- Audiencia imparcial
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_

- No

**28. ¿En general, cómo calificaría su salud?**

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

**29. ¿Ha sido atendido en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?**

Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?:

1

2

3 o más

No

**30. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses?**

Sí

Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?:

1

2

3 o más

No

**31. ¿Ha tenido alguna hospitalización, procedimiento mayor o cirugía?**

Sí

Especifique:

---

---

No

**32. ¿Tuvo alguna enfermedad previa significativa o antecedentes de tratamiento?**

Sí

Especifique:

---

---

No



**33. ¿Está conectado con un proveedor de atención primaria o clínica?**

Sí

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información

Nombre del proveedor de atención primaria o clínica:

\_\_\_\_\_

Dirección del proveedor de atención primaria o clínica:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor de atención primaria o clínica:

\_\_\_\_\_

No

Especifique:

\_\_\_\_\_

**34. Diagnósticos médicos**

¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las que correspondan:

Ansiedad

Insuficiencia renal

Asma

Dolor en la parte baja de la espalda

Trastorno bipolar

Trasplante de órganos

Cáncer

Obesidad

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)/enfisema

Esquizofrenia

Enfermedad cardíaca

Derrame cerebral

Demencia

Hipertensión

Diabetes

Ninguna

Insuficiencia cardíaca

Otro, especifique:

\_\_\_\_\_

**35. ¿Se ha realizado un examen de detección de diabetes en el último año?**

Sí

Proporcione la fecha de la detección:

\_\_\_\_\_

No

**36. ¿Tiene alguno de los siguientes síntomas?**

Aumento de la sed

Aumento de la micción

Ninguno

**37. Si le han diagnosticado diabetes, ¿se ha realizado una prueba de hemoglobina glicosilada (HbA1c) en el último año?**

Sí

Si la respuesta es sí, proporcione la siguiente información

Fecha de la última prueba de HbA1c:

\_\_\_\_\_

Resultados de la última prueba de Hba1c:

\_\_\_\_\_

No, tengo una cita para hacerme una prueba de HbA1c

Fecha de la cita:

\_\_\_\_\_

No, no tengo una cita para realizarme una prueba de HbA1c

Especifique:

\_\_\_\_\_

**38. ¿Se ha realizado un examen de detección de asma o EPOC en el último año?**

Sí

Si la respuesta es sí, indique la fecha de la selección:

\_\_\_\_\_

No

**39. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 4 meses?**

Tos

Sibilancias

Falta de aire

Esputo excesivo

Ninguno

**40. ¿Se ha realizado un examen de presión arterial en el último año?**

Sí

Si la respuesta es sí, indique la fecha de la selección:

\_\_\_\_\_

No

**41. ¿Ha experimentado alguno de los siguientes síntomas en los últimos 4 meses?**

Mareos

Palpitaciones

Dolores de cabeza

Falta de aire

Ninguno

**42. Función cognitiva: ¿Alguna vez se perdió eventos importantes como cumpleaños y citas debido a que los olvidó?**

- Sí
- No

**43. ¿Usted, sus amigos o familiares tienen inquietudes sobre su memoria?**

- Sí
- No

**44. Debido a un problema físico, mental o emocional, ¿tiene dificultades graves para recordar, concentrarse o tomar decisiones?**

- Sí
- No

**45. Planificación de la vida: ¿Tiene una directiva anticipada, como un representante para la atención médica, poder notarial para la atención médica o testamento vital? (estos son documentos por escrito sobre la atención médica que desearía recibir si no pudiera hablar por su cuenta)**

- Sí

Si la respuesta es sí, indique cuáles de los siguientes:

- Poder notarial
  - Testamento en vida
  - No reanimar (Do Not Resuscitate, DNR)
  - Poder para la atención médica
  - Órdenes médicas relacionadas con el tratamiento de prolongación de la vida (Medical Orders for Life-Sustaining Treatment, MOLST)
  - Órdenes médicas relacionadas con el tratamiento de la prolongación de la vida (Physician Orders for Life-Sustaining Treatment, POLST)
- No

**46. ¿Necesita ayuda para obtener directivas anticipadas?**

- Sí

Si la respuesta es sí, especifique: \_\_\_\_\_

- No

**47. ¿Hay algo que debemos saber sobre su cultura, creencias o prácticas religiosas que nos ayude a cuidarlo mejor?**

Sí

Si la respuesta es sí, especifique: \_\_\_\_\_

No

**48. Exámenes de audición, visuales y dentales: ¿Tiene algún problema de audición?**

Sí

¿Es sordo o tiene dificultades graves al usar audífonos?

Sí

No

No, no tengo problemas de audición

**49. ¿Necesita asistencia para obtener servicios de audición?**

Sí

No

**50. ¿Tiene algún problema visual?**

Sí

¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí

No

No, no tengo problemas visuales

**51. ¿Necesita ayuda para obtener servicios oftalmológicos?**

Sí

No

**52. ¿Tiene algún problema dental?**

Sí

No

**53. ¿Necesita ayuda para obtener servicios dentales?**

Sí

No

**54. ¿Alguna vez pierde orina? (marque todos los que corresponda)**

Sí

¿Ocurre durante lo siguiente?

De pie

Tos

Urgencia repentina

Flexionado

Ninguno

No, no tengo pérdida de orina

**55. Si corresponde, ¿cuántas veces por semana tiene pérdidas de orina?**

Ocasionalmente

Diariamente

Varias veces al día

No corresponde

**56. Si corresponde, ¿usa un catéter urinario o algún dispositivo urinario?**

Almohadillas

Recolectores

Catéter

Ninguno

No corresponde

**57. ¿Tiene problemas para defecar?**

Sí

¿Cuántas veces por semana o mes sucede?

Ocasionalmente

Diariamente

Varias veces al día

No

**58. Si corresponde, cuando tiene problemas para defecar, sus heces generalmente son:**

- Flojas
- Formadas
- No corresponde

**59. Actividades de la vida diaria (Activities of Daily Living, ADLs): ¿Necesita ayuda con alguna actividad de la vida diaria (como arreglarse, vestirse, caminar, comer y beber, etc.)?**

Sí

¿Con cuál ADL necesita ayuda? (marque todas las que correspondan)

- Aseo personal
  - Vestirse
  - Bañarse y ducharse
  - Entrar/salir de la cama/ducha
  - Caminar
  - Comer o beber
  - Ir al baño
  - Subir escaleras
- No, soy totalmente independiente

**60. Actividades instrumentales de la vida diaria (Instrumental Activities of Daily Living, IADLs): ¿Necesita ayuda con alguna actividad instrumental de la vida diaria (como usar el teléfono, preparar comidas, hacer las compras, transportarse, etc.)?**

Sí

¿Con cuál IADL necesita ayuda? (marque todas las que correspondan)

- Teléfono
- Preparación de comidas
- Lavandería
- Limpieza

Compras

Transporte

No, soy totalmente independiente

**61. Apoyo de un cuidador ¿Qué enunciado lo describe mejor?**

Usted es independiente y no necesita el apoyo de un cuidador.

Usted no tiene un cuidador, pero se beneficiaría de la asistencia

Tiene un cuidador y el apoyo es apropiado

Proporcione la siguiente información

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Número de contacto del cuidador: \_\_\_\_\_

Tiene un cuidador, pero el apoyo es inapropiado

Proporcione la siguiente información

Nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

Número de contacto del cuidador: \_\_\_\_\_

**62. Si corresponde, ¿su cuidador actual vive con usted?**

Sí

No

No corresponde

**63. Si corresponde, ¿cuál es su relación con el cuidador?**

Familiar

Amigo

Vecino

Apoyo pagado

No corresponde

**64. Si corresponde, ¿cuáles de las siguientes afirmaciones son verdaderas sobre su cuidador? (marque todas las que correspondan)**

- El cuidador actual no puede continuar con las actividades de cuidado (p. ej., debido al deterioro de la salud del cuidador, lo que dificulta proporcionar apoyo)
- El cuidador actual no está satisfecho con el apoyo recibido de familiares y amigos (p. ej., otros hijos del miembro)
- El cuidador actual expresa sentimientos de angustia emocional o enojo
- El cuidador actual puede manejar las tareas sin dificultades
- No corresponde

**65. Servicios de apoyo a largo plazo: ¿Cuenta con alguno de los siguientes apoyos a largo plazo? (marque todos los que corresponda)**

- Asistentes de atención personal
- Servicios domésticos
- Lavandería
- Comestibles
- Transporte
- Ninguno

**66. ¿Cuenta con alguno de los siguientes servicios de apoyo? (marque todos los que corresponda)**

- Atención médica a domicilio
- Cuidado temporal para adultos
- Cuidado temporal grupal para adultos
- Enfermero a domicilio
- Ninguno

**67. ¿Se beneficiaría de algún servicio de apoyo?**

Sí

Si la respuesta es sí, ¿con qué servicios podría beneficiarse?

---

No



**68. ¿Tiene otros sistemas de apoyo o asiste a grupos de apoyo (sociales, religiosos, de autoayuda, etc.)?**

Sí

Si la respuesta es sí, especifique

\_\_\_\_\_

No

**69. ¿Hay alguien que pueda ayudarlo a sobrellevar cualquier problema que pueda estar teniendo?**

Sí

No

**70. ¿Tiene una afección que causa dolor?**

Sí

Si la respuesta es sí, en una escala del 1 al 10, ¿cuál es el nivel de dolor? (10 es el nivel más alto)

1    2    3    4    5    6    7    8    9    10

No

**71. Si corresponde, en la última semana, ¿con qué frecuencia ha experimentado dolor?**

Diariamente

Algunos días

Nunca

No corresponde

**72. Si corresponde, ¿cómo trata su dolor? (marque todas las que correspondan)**

Ungüento/parche tópico

Medicamentos de venta libre

Medicamentos recetados

Terapia con calor/frío

Sin tratamiento

Otro, especifique: \_\_\_\_\_

No corresponde

**73. Si corresponde, ¿el/los tratamiento(s) alivia(n) su dolor?**

- Principalmente, sí
- A menudo
- A veces
- No
  
- No corresponde

**74. ¿Ha perdido o aumentado de peso en los últimos 30 días?**

- Pérdida de peso  
Especifique cuántos kilogramos (kg): \_\_\_\_\_
- Aumento de peso  
Especifique cuántos kilogramos (kg): \_\_\_\_\_
- No, no perdí ni subí de peso

**75. ¿Le han diagnosticado alguna de las siguientes afecciones (marque todas las opciones que correspondan)?**

- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Demencia
- Depresión
- Otro trastorno psicótico,  
especifique:  
\_\_\_\_\_
- Trastorno de estrés postraumático
- Esquizofrenia
- Trastorno por consumo de sustancias
- Ninguno

**76. ¿Tiene antecedentes de consumo de sustancias?**

- Sí  
**Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan:**
  - Alcohol
  - Tabaco
  - Marihuana
  - Cocaína
  - Opioides
  - Crack
  - Heroína
  - Alucinógeno
  - Metanfetamina
  - Medicamentos recetados
  - Otro, especifique:  
\_\_\_\_\_
- No

**77. Si corresponde, especifique su modo preferido de administración de sustancias (marque todas las opciones que correspondan)**

- Oral
- Inyección
- Inhalación/fumar
- Hinchazón
- Otro, especifique: \_\_\_\_\_
- No corresponde

**78. ¿Cómo describiría su frecuencia de consumo de alcohol?**

- Nunca
- Mensual o menos
- De 2 a 4 veces al mes
- De 2 a 3 veces por semana
- 4 o más veces por semana

**79. ¿Ha consumido más de 5 bebidas en alguna ocasión durante el último año?**

- Sí
- No
- No aplica (no bebo alcohol)

**80. ¿Ha pensado o intentado reducir la cantidad de alcohol o drogas que consumió durante el último año?**

- Sí
- No
- No corresponde

**81. Si corresponde, seleccione el tratamiento que ha recibido para el consumo de alcohol y drogas (marque todas las opciones que correspondan)**

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> AA/NA/Autoayuda  | <input type="checkbox"/> Sustancia/alcohol para pacientes hospitalizados (rehabilitación) |
| <input type="checkbox"/> Preparación para la recuperación                               | <input type="checkbox"/> Alcohol para pacientes ambulatorios                              |
| <input type="checkbox"/> Mantenimiento con metadona                                     | <input type="checkbox"/> Residencial  |
| <input type="checkbox"/> Reducción de daños/intercambio de necesidades                  | <input type="checkbox"/> Otro, especifique:<br>_____                                      |
| <input type="checkbox"/> Desintoxicación (para pacientes hospitalizados o ambulatorios) |   |
| <input type="checkbox"/> No corresponde   |   |

**82. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas? *\*\*Si necesita que alguien hable con usted o tiene pensamientos sobre lastimarse o lastimar a otras personas, llame al 988 para comunicarse con la línea de ayuda nacional disponible las 24 horas\*\****

Poco interés o placer al hacer las cosas

*Con qué frecuencia:*

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Sentir desgano, depresión o desesperanza

*Con qué frecuencia:*

- Ningún día
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

**83. ¿Tiene un proveedor de salud mental?**

Sí

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Tipo de proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección del proveedor:

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

No

**84. ¿Ha tenido una cita con un proveedor de salud mental?**

Sí

¿Cuándo fue la cita? \_\_\_\_\_

No

**85. ¿Tiene otra cita programada con su proveedor de salud mental?**

Sí

¿Cuándo es la cita? \_\_\_\_\_

No

**86. ¿Asiste regularmente a sus citas de salud mental?**

- Sí
- No
- No corresponde

**87. ¿Se siente seguro en su hogar?**

- Sí
- No

Si la respuesta es no, explique: \_\_\_\_\_

**88. ¿Está trabajando actualmente con alguna agencia estatal?**

- Sí

Si la respuesta es sí, especifique: \_\_\_\_\_

- No



**90. Si corresponde, ¿toma sus medicamentos según lo recetado?**

- Sí
- No

**Si la respuesta es no, marque todas las que correspondan:**

- No puede pagar los medicamentos
- Creencia de que el tratamiento no es necesario o no me ayuda
- Dificultad para mantenerse al día con múltiples medicamentos y esquemas de administración de dosis complejos
- Confundido sobre cómo y cuándo tomar el/los medicamento(s)
- Efectos secundarios o miedo a los efectos secundarios
- Problemas con el transporte
- Citas perdidas
- No corresponde

**91. ¿Tiene efectos secundarios de su/sus medicamento(s) recetados?**

- Sí
- No
- No corresponde

**92. ¿Comprende su(s) medicamento(s)?**

- Sí
- No

Si la respuesta es no, explique: \_\_\_\_\_

- No corresponde

**93. ¿Alguna vez ha tenido que dejar de tomar un medicamento debido a una alergia o efecto secundario?**

- Sí

Enumere el medicamento y los motivos de la interrupción:

\_\_\_\_\_

- No
- No corresponde

**94. ¿Tiene una farmacia principal donde surta sus recetas?**

Sí

Nombre de la farmacia: \_\_\_\_\_

Teléfono de la farmacia: \_\_\_\_\_

Dirección de la farmacia:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No

**95. ¿Le interesa participar en una revisión anual del plan de atención?**

Sí

No

**FIN DEL FORMULARIO**