



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences

PRAPARE: Protocol for Responding to and Assessing Patient Assets, Risks, and Experiences **(Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes)**

Versión en papel de PRAPARE para su implementación a partir del 2 de septiembre de 2016

Características personales			
1. ¿Es usted hispano o latino?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	
2. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái		
<input type="checkbox"/> Residente de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Moreno/afroamericano		
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska		
<input type="checkbox"/> Otra (por favor, escríbalo):			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			
3. En algún momento de los últimos 2 años, ¿ha sido el trabajo agrícola el ingreso principal de su familia?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	
4. ¿Ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	
5. ¿Qué idioma se siente más cómodo hablando?			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)		
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			
Familia y hogar			
6. ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted? (usted incluido) _____			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			
7. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?			
<input type="checkbox"/> Tengo vivienda			
<input type="checkbox"/> No tengo vivienda (vivo con otras personas, en un hotel, en un albergue, vivo en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			
8. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	
9. ¿Cuál es su dirección?			
Calle: _____			
Ciudad, estado, código postal: _____			
Dinero y recursos			
10. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?			
<input type="checkbox"/> menos de escuela secundaria (menos de 12-o grado)	<input type="checkbox"/> diploma de escuela secundaria o GED		
<input type="checkbox"/> Mas de escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta		
11. ¿Cuál es su situación de trabajo?			
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial o temporal	<input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo	
<input type="checkbox"/> Desempleado pero no busca trabajo (p. ej., estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor, escríbalo:			
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			
12. ¿Cuál es su seguro médico principal?			
<input type="checkbox"/> Ninguno/no asegurado	<input type="checkbox"/> Medicaid		
<input type="checkbox"/> CHIP Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare		
<input type="checkbox"/> Otro seguro público (no CHIP)	<input type="checkbox"/> Otro seguro público (CHIP)		



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing Patients' Assets, Risks, and Experiences

		Seguro privado																																																															
<p>13. Durante el año pasado, ¿cuál fue el ingreso total combinado de usted y los miembros de su familia? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio.</p> <p>_____</p> <p><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</p>																																																																	
<p>14. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que realmente se necesitaba entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan.</p> <table border="1"> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Alimentos</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Ropa</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Servicios públicos</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Cuidado infantil</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td colspan="4">Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)</td> </tr> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Teléfono</td> <td>Sí</td> <td>No</td> <td>Otra (por favor, escríbalo):</td> </tr> <tr> <td colspan="6"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						Sí	No	Alimentos	Sí	No	Ropa	Sí	No	Servicios públicos	Sí	No	Cuidado infantil	Sí	No	Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)				Sí	No	Teléfono	Sí	No	Otra (por favor, escríbalo):	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																			
Sí	No	Alimentos	Sí	No	Ropa																																																												
Sí	No	Servicios públicos	Sí	No	Cuidado infantil																																																												
Sí	No	Medicamentos o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, mental, oftalmológico)																																																															
Sí	No	Teléfono	Sí	No	Otra (por favor, escríbalo):																																																												
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
<p>15. ¿La falta de transporte le ha impedido acudir a consultas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Marque todas las que correspondan.</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>Salud social y emocional</p> <p>16. ¿Con qué frecuencia ve o conversa con personas cercanas por las que se preocupa? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o a reuniones de club)</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Menos de una vez por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">1 o 2 veces por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3 o 5 veces por semana</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">5 o más veces por semana</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos					<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito					<input type="checkbox"/>	No					<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta					<input type="checkbox"/>	Menos de una vez por semana	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces por semana			<input type="checkbox"/>	3 o 5 veces por semana	<input type="checkbox"/>	5 o más veces por semana			<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																						
<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos																																																																
<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito																																																																
<input type="checkbox"/>	No																																																																
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																
<input type="checkbox"/>	Menos de una vez por semana	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces por semana																																																														
<input type="checkbox"/>	3 o 5 veces por semana	<input type="checkbox"/>	5 o más veces por semana																																																														
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																
<p>17. Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir a la noche porque su mente está preocupada. ¿Que tan estresado se encuentra?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Para nada</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Un poco</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Algo</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Bastante</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Mucho</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="3">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>Preguntas adicionales opcionales</p> <p>18. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="1">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>19. ¿Es refugiado?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="1">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>20. ¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="1">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>21. Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?</p> <table border="1"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Sí</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td>No</td> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="1">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">No he tenido pareja durante el último año</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td colspan="5">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						<input type="checkbox"/>	Para nada	<input type="checkbox"/>	Un poco			<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Bastante			<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta			<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta					<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro	<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja durante el último año					<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta				
<input type="checkbox"/>	Para nada	<input type="checkbox"/>	Un poco																																																														
<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Bastante																																																														
<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																														
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																												
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																												
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro																																																												
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																
<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro																																																												
<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja durante el último año																																																																
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta																																																																



PRAPARE

Protocol for Responding to and Assessing
Patients' Assets, Risks, and Experiences

<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>
--------------------------	----------------------

© 2016. National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations y Oregon Primary Care Association. PRAPARE es propiedad de NACHC y sus socios. Todos los derechos reservados. Para obtener más información acerca de esta herramienta, visite nuestro sitio web www.nachc.org/PRAPARE o comuníquese con nosotros a mjester@nachc.org.

