

## 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

## Formulario de Visita del Programa KDHE - Adulto

¿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