



# 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

<b>Características personales</b>			
1. ¿Es usted hispano o latino?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	
2. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiático		Nativo de Hawái	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Residente de las Islas del Pacífico		Moreno/afroamericano	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Blanco		Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska	
Otra (por favor, escríbalo):			
<input type="text"/>			
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	
4. ¿Ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	
5. ¿Qué idioma se siente más cómodo hablando?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Inglés		Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)	
<input type="text"/>			
Prefiero no responder a esta pregunta			
<b>Familia y hogar</b>			
6. ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted? (usted incluido) _____			
<input type="text"/>			
Prefiero no responder a esta pregunta			
7. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No	Prefiero no responder a esta pregunta	
9. ¿Cuál es su dirección?			
Calle: _____			
Ciudad, estado, código postal: _____			
<b>Dinero y recursos</b>			
10. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
menos de escuela secundaria (menos de 12-o grado)		diploma de escuela secundaria o GED	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Mas de escuela secundaria o GED		Prefiero no responder a esta pregunta	
11. ¿Cuál es su situación de trabajo?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Desempleado		Trabajo de tiempo parcial o temporal	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="text"/>			
Prefiero no responder a esta pregunta			
12. ¿Cuál es su seguro médico principal?			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ninguno/no asegurado		Medicaid	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CHIP Medicaid		Medicare	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro seguro público (no CHIP)		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> <table border="1"> <tr> <td colspan="6">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						Prefiero no responder a esta pregunta																																																											
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
<p>14. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que <b>realmente se necesitaba</b> 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">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):	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):																																																												
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 colspan="6">Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito</td> </tr> <tr> <td colspan="6">No</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p><b>Salud social y emocional</b></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 colspan="2">Menos de una vez por semana</td> <td colspan="4">1 o 2 veces por semana</td> </tr> <tr> <td colspan="2">3 o 5 veces por semana</td> <td colspan="4">5 o más veces por semana</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos						Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito						No						Prefiero no responder a esta pregunta						Menos de una vez por semana		1 o 2 veces por semana				3 o 5 veces por semana		5 o más veces por semana				Prefiero no responder a esta pregunta																							
Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos																																																																	
Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito																																																																	
No																																																																	
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
Menos de una vez por semana		1 o 2 veces por semana																																																															
3 o 5 veces por semana		5 o más veces por semana																																																															
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 colspan="2">Para nada</td> <td colspan="4">Un poco</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Algo</td> <td colspan="4">Bastante</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Mucho</td> <td colspan="4">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p><b>Preguntas adicionales opcionales</b></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 colspan="2">Sí</td> <td colspan="2">No</td> <td colspan="2">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>19. ¿Es refugiado?</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="2">Sí</td> <td colspan="2">No</td> <td colspan="2">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 colspan="2">Sí</td> <td colspan="2">No</td> <td colspan="2">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td colspan="6">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 colspan="2">Sí</td> <td colspan="2">No</td> <td colspan="2">No estoy seguro</td> </tr> <tr> <td colspan="6">No he tenido pareja durante el último año</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>						Para nada		Un poco				Algo		Bastante				Mucho		Prefiero no responder a esta pregunta				Sí		No		Prefiero no responder a esta pregunta		Sí		No		Prefiero no responder a esta pregunta		Sí		No		No estoy seguro		Prefiero no responder a esta pregunta						Sí		No		No estoy seguro		No he tenido pareja durante el último año						Prefiero no responder a esta pregunta					
Para nada		Un poco																																																															
Algo		Bastante																																																															
Mucho		Prefiero no responder a esta pregunta																																																															
Sí		No		Prefiero no responder a esta pregunta																																																													
Sí		No		Prefiero no responder a esta pregunta																																																													
Sí		No		No estoy seguro																																																													
Prefiero no responder a esta pregunta																																																																	
Sí		No		No estoy seguro																																																													
No he tenido pareja durante el último año																																																																	
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](http://www.nachc.org/PRAPARE) o comuníquese con nosotros a [mjester@nachc.org](mailto:mjester@nachc.org).

