

EVALUACIÓN DE MANEJO DE CASOS MÉDICOS IDAHO RYAN WHITE

Nombre del cliente
: _____

Fecha: ____/____/____

URN: _____

1. EVALUACIÓN FINANCIERA Y DE RECURSOS

COMPOSICIÓN DE LA FAMILIA/HOGAR					
Nombre	Relación con el solicitante	Fecha de nacimiento	Género		
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	
		____/____/____	Masculino	Femenino	

INGRESOS BRUTOS MENSUALES FAMILIA/HOGAR					
Fuente	Solicitante	Hogar	Fuente	Solicitante	Hogar
Salario	\$	\$	Pensiones/Rentas vitalicias	\$	\$
Seguro social	\$	\$	TANF/TAFI	\$	\$
Incapacidad Seguro Social	\$	\$	Estampillas para alimentos	\$	\$
Ingreso suplementario seguridad	\$	\$	Pensión alimenticia	\$	\$
Compensación por desempleo	\$	\$	Manutención de menores	\$	\$
Beneficios de Veterano	\$	\$	Renta mejorada	\$	\$
Jubilación	\$	\$	Asistencia de energía	\$	\$
Inversiones privadas					
Total ingresos	\$	\$	Total ingresos	\$	\$

GASTOS MENSUALES FAMILIA/HOGAR					
Fuente	Solicitante	Hogar	Fuente	Solicitante	Hogar
Vivienda	\$	\$	Médicos	\$	\$
Servicios públicos	\$	\$	Ropa	\$	\$
Comestibles	\$	\$	Teléfono	\$	\$
Artículos varios	\$	\$	Cable	\$	\$
Auto	\$	\$	Tarjeta(s) de crédito	\$	\$
Combustible del auto	\$	\$	Entretenimiento	\$	\$
Seguro del auto	\$	\$	Misceláneo/Otro:	\$	\$
Total Gastos	\$	\$	Total Gastos	\$	\$

Total ingresos solicitante- Total gastos solicitante = Diferencia neta
 (_____) - (_____) = (_____)

Total ingresos hogar/familia - Total Gastos hogar/familia = Diferencia neta
 (_____) - (_____) = (_____)

SEGURO PRIVADO				
¿Cliente elegible para el seguro? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, ¿el cliente está inscrito? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Si NO, ¿por qué?		
Copagos visitas médicas: \$	¿Su seguro cubre medicamentos? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Deducible:	Copagos medicamentos: \$	
Comentarios:				
MEDICARE				
Medicare: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, fecha efectiva: ____/____/____			
Si No, ¿es elegible? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Cobertura Medicare: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte C <input type="checkbox"/> Parte D			
Cliente elegible para IDAGAP? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Comentarios:			
MEDICAID				
Medicaid: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, fecha efectiva: ____/____/____			
Si No, ¿es elegible? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Trabajador caso: _____ # teléfono: () -			
Comentarios:				
PARTICIPACIÓN PROGRAMA RYAN WHITE PARTES B & C				
Solicitó RWPB: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, fecha efectiva: ____/____/____	No, ¿elegible? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Administrador caso médico:	# teléfono: () -
Solicitó RWPC: <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, fecha efectiva: ____/____/____	No, ¿elegible? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Administrador caso médico:	# teléfono: () -
¿Utiliza ADAP para medicamentos de VIH? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Comentarios:			
¿Cuál de los siguientes servicios Ryan White lo beneficiaría?				
<input type="checkbox"/> Administración de casos médicos	<input type="checkbox"/> Servicios de salud mental	<input type="checkbox"/> Cuidado dental	<input type="checkbox"/> Servicios de interpretación y traducción	
<input type="checkbox"/> Cuidado médico ambulatorio	<input type="checkbox"/> Asistencia de emergencia a corto plazo	<input type="checkbox"/> Transporte a citas médicas		
<input type="checkbox"/> Administración de casos (no-médicos)	<input type="checkbox"/> Remisión para servicios de apoyo y atención de la Salud	<input type="checkbox"/> Servicios médicos de nutrición		
Si está disponible, ¿se beneficiaría con alguno de los siguientes servicios?				
<input type="checkbox"/> Ayuda con costos de seguro de salud	<input type="checkbox"/> Atención médica en el hogar	<input type="checkbox"/> Salud basada en la comunidad y en el hogar		<input type="checkbox"/> Atención en hospicio
<input type="checkbox"/> Servicio de abuso de sustancias (ambulatorio)	<input type="checkbox"/> Cuidado de niños durante reuniones médicas y del programa	<input type="checkbox"/> Banco de alimentos / Comidas enviadas a casa		<input type="checkbox"/> Abuso de sustancias residencial
<input type="checkbox"/> Educación en salud /Reducción de riesgos	<input type="checkbox"/> Servicios de vivienda	<input type="checkbox"/> Servicios legales para acceder a beneficios elegibles	<input type="checkbox"/> Servicios de extensión	<input type="checkbox"/> Cuidado de relevo
<input type="checkbox"/> Planeación de permanencia para niños menores	<input type="checkbox"/> Apoyo sicosocial	<input type="checkbox"/> Servicios de rehabilitación	<input type="checkbox"/> Servicios de abuso de sustancias (residenciales)	<input type="checkbox"/> Consejería adhesión (sitio no médico)
Comentarios:				
HOPWA				
¿Actualmente recibe HOPWA? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	Si No, ¿es elegible? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> sí	En caso afirmativo, fecha solicitud: ____/____/____	Servicios: <input type="checkbox"/> STMRU <input type="checkbox"/> Salud mental	
Comentarios:				

2. SAMISS¹ (Evaluador de abuso de sustancias y síntomas de enfermedad mental)

PUNTOS SOBRE EL ABUSO DE SUSTANCIAS:

RESULTADO

1. ¿Con qué frecuencia toma usted bebidas que contengan alcohol? (*Bebidas alcohólicas incluyen una cerveza, una copa de vino, una bebida mixta de licores fuertes, o sangría o vino de verano (wine cooler). Cada uno de estos cuenta como una bebida, a menos que tengan tragos dobles, lo que equivaldría a dos bebidas.*) **(Si usted no bebe, pase a la pregunta # 4.)**

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

2. ¿Cuántas bebidas toma usted en un día normal cuando está bebiendo?

- | | | | | | |
|---|-----|-------|---|-----|----------|
| 0 | [] | 1 o 2 | 3 | [] | 7 a 9 |
| 1 | [] | 3 o 4 | 4 | [] | 10 o más |
| 2 | [] | 5 o 6 | | | |

3. ¿Con qué frecuencia toma usted cuatro o más tragos en una ocasión?

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

Suma de las respuestas para las preguntas 1 -3:

[]

4. En el último año, ¿con qué frecuencia usted usó medicamentos sin receta para drogarse o para cambiar la forma de sentirse?

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

5. En el último año, ¿con qué frecuencia usó medicamentos prescritos para usted o para alguien más para drogarse o cambiar la forma de sentirse?

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

Suma de las respuestas para las preguntas 4 -5:

[]

6. En el último año, ¿con qué frecuencia usted tomó o usó medicamentos prescritos en dosis mayores a las que debería tomar?

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

7. ¿Con qué frecuencia sintió que quería o necesitaba reducir su consumo de alcohol o de drogas en el último año, y no pudo hacerlo?

- | | | | | | |
|---|-----|------------------|---|-----|---------------------------|
| 0 | [] | Nunca | 3 | [] | 2-3 veces a la semana |
| 1 | [] | Cada mes o menos | 4 | [] | 4 o más veces a la semana |
| 2 | [] | 2-4 veces al mes | | | |

Suma de las respuestas para las preguntas 6 -7:

[]

Paciente considerado positivo para los síntomas de abuso de sustancias si se cumple cualquiera de los siguientes criterios:

- La **suma** de las respuestas para las **preguntas 1-3** es ≥ 5
- La **suma** de las respuestas para las **preguntas 4-5** es ≥ 3
- La **suma** de las respuestas para las **preguntas 6-7** es ≥ 1

¹ Whetten, K., Reif, S., Swartz, M., Stevens, R., Ostermann, J., Hanisch, L., Eron, J.J. (2005). A brief mental health and substance abuse screener for persons with HIV. *AIDS Patient Care and STDs* 19(2), 89-99.

PUNTOS SOBRE LA SALUD MENTAL:

Medicamentos/antidepresivos

8. Durante los últimos 12 meses, ¿en algún momento tomó medicamentos/antidepresivos para la depresión o problemas de nervios?
1. Sí
 2. NO

Depresión grave

9. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez un momento en que se sintió triste, melancólico o deprimido durante dos semanas o más seguidas?
1. Sí
 2. NO
10. Durante los últimos 12 meses, ¿hubo alguna vez un tiempo de 2 semanas de duración o más en el que perdió interés en la mayoría de las cosas, como aficiones, trabajo, o actividades que por lo general le dan placer?
1. Sí
 2. NO

Trastornos de ansiedad generalizada

11. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo un período de duración de 1 mes o más en que la mayoría del tiempo se sintió preocupado y ansioso?
1. Sí
 2. NO

Trastorno de pánico

12. Durante los últimos 12 meses, ¿tuvo un ataque o trastorno en el que de repente se sintió asustado, ansioso, o muy incómodo cuando la mayoría de la gente no estaba con miedo o ansiedad?
1. Sí
 2. NO
13. Durante los últimos 12 meses, ¿alguna vez tuvo un trastorno o un ataque cuando sin razón su corazón de repente empezó a correr, se sintió débil, o no podía recuperar el aliento? (Si los voluntarios respondieron "sólo cuando tenían un ataque al corazón o debido a causas físicas," marque "NO")
1. Sí
 2. NO

El paciente se considera positivo para los síntomas de enfermedad mental si él/ella respondió sí a cualquier pregunta de salud mental.

3. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN SIN HOGAR²

Las siguientes preguntas me ayudarán a entender la estabilidad de su situación de vivienda. Estas preguntas pueden ayudarme a determinar en qué medida usted está en riesgo de quedarse sin hogar. Por favor, responda a cada pregunta honestamente. Usted no está obligado a responder ninguna de las preguntas.

Género: Masculino Femenino

1. ¿Usted está sin hogar en este momento? (Si la respuesta es NO, pase a la pregunta # 2) NO SÍ

a. ¿Cuánto tiempo ha estado sin hogar? Días: _____ Semanas: _____ Meses: _____ Años: _____

b. ¿En qué refugio se queda hoy? _____

2. ¿Tiene dificultades para satisfacer sus necesidades de alimentos, alquiler, servicios públicos y/o de transporte? NO SÍ

3. ¿Tiene problemas de vivienda? NO SÍ En caso afirmativo, ¿cuáles son? _____

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Aviso legal de desalojo dentro de los últimos 30 días | <input type="checkbox"/> Se duplicó con familiares o amigos |
| <input type="checkbox"/> No pagó el alquiler del mes pasado | <input type="checkbox"/> Situaciones de vida de hacinamiento |
| <input type="checkbox"/> No pagó la(s) factura(s) de servicios públicos | <input type="checkbox"/> Amenazas de ser expulsado |
| <input type="checkbox"/> Edificio en mal estado (ventanas, cerraduras, plomería, insectos, roedores, agua fría/caliente, electricidad, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

4. En los últimos 30 días (o 30 días antes de la hospitalización/encarcelamiento, etc.) ¿dónde vivió?

- | | |
|---|-----------------------|
| <input type="checkbox"/> Apartamento, habitación o casa propia | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apartamento, habitación o casa rentada | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Apartamento/casa de la familia de un amigo | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Refugio | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Hotel o SRO | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Edificio abandonado, parque, estación de tren, carro, calles | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Institución (hospital, centro de rehabilitación, centro de enfermería) | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> hogar de acogida o casa de grupo | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cárcel, prisión o centro de detención | Número de días: _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro: | Número de días: _____ |

5. ¿Alguna vez ha estado sin hogar siendo adulto? NO SÍ

a. ¿Cuántas veces ha estado sin hogar en su vida? _____

b. ¿En qué año(s) estuvo sin hogar? _____

c. ¿Cuál fue el período más largo de tiempo que estuvo sin hogar? (incluyendo días en refugio)

Días: _____ Semanas: _____ Meses: _____ Años: _____

6. ¿Alguna vez sin hogar siendo niño? NO SÍ

7. Antes de tener 18, ¿alguna vez vivió fuera de su casa y lejos de su familia? NO SÍ

8. ¿Hay alguien a quien pueda contactar en caso de emergencia o momento de necesidad? NO SÍ

¿Quién es esa persona? Nombre: _____ Relación: _____

9. ¿Alguna vez ha sido recogido o arrestado por la policía? NO SÍ

10. ¿Alguna vez ha pasado tiempo en la cárcel, prisión o centro de detención juvenil? NO SÍ

11. ¿Actualmente sufre de una enfermedad crónica o discapacidad física? En caso afirmativo, ¿qué tipo de enfermedad o discapacidad? _____ NO SÍ

² Desarrollado por la Oficina de Salud Mental – Comité de Acción para personas sin hogar

12. ¿Usted bebió o usó drogas de la calle en los últimos 30 días? (Si no, vaya al NO SÍ

13).

a. ¿Qué tipo de sustancia usó? _____

b. ¿Con qué frecuencia usó la sustancia?

Diariamente

Una vez a la semana

Menos de una vez a la semana

4 – 6 veces a la semana

2 -3 veces a la semana

c. ¿Qué cantidad de sustancia utilizó? _____

13. ¿Alguna vivió o participó en un programa de desintoxicación, un centro de rehabilitación o un programa residencial de tratamiento de abuso de sustancias? NO SÍ

14. Antes de tener 18 años, ¿alguna vez fue abusado física, emocional o sexualmente? NO SÍ

15. ¿Ha experimentado violencia doméstica, abuso o agresión en los últimos 30 días? NO SÍ

16. ¿Alguna vez ha recibido tratamiento para un problema emocional o psiquiátrico? NO SÍ

a. ¿Cuándo recibió tratamiento más recientemente?

b. ¿Dónde recibió tratamiento? _____

c. ¿Le recetaron medicamentos para ese problema emocional/psiquiátrico? NO SÍ

d. Medicamento(s) prescrito(s): _____

17. ¿Alguna vez has pasado tiempo una noche en un hospital por un problema emocional/psiquiátrico? NO SÍ

RIESGO DE ESTAR SIN HOGAR:

Número total de casillas marcadas "SÍ"

a. Alto = 8 + casillas marcadas "SÍ"

b. Moderado = 3 – 7 casillas marcadas "SÍ"

c. Leve = 1 – 2 casillas marcadas "SÍ"

Resultado: _____ Nivel: _____

No cuente la pregunta 1 para el número de casillas marcadas "SÍ." Si la pregunta está marcada "SÍ" el paciente actualmente está sin hogar.

4. VIOLENCIA DOMÉSTICA (ESCALA HITS³ (Daños, Insultos, Amenazas & Gritos Violencia Doméstica))

1. **DAÑOS:** ¿Con qué frecuencia su pareja lo lastima físicamente?

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Con alguna frecuencia

5 = Frecuentemente

2. **INSULTOS:** ¿Con qué frecuencia su pareja lo insulta o le hablar mal?

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Con alguna frecuencia

5 = Frecuentemente

3. **AMENAZAS:** ¿Con qué frecuencia su pareja lo amenaza con daño físico?

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Con alguna frecuencia

5 = Frecuentemente

4. **SCREAM:** ¿Con qué frecuencia su pareja le grita o lo maldice?

1 = Nunca

2 = Rara vez

3 = Algunas veces

4 = Con alguna frecuencia

5 = Frecuentemente

RIESGO DE VIOLENCIA DOMÉSTICA: El resultado va desde 4 hasta un máximo de 20

Resultado: _____ (una puntuación igual o superior a 10 se considera diagnóstico de abuso)

³ Kevin M. Sherin, MD, MPH; James M. Sinacore, PhD; Xiao-Qiang Li, MD; Robert E. Zitter, PhD; Amer Shakil, MD (1998). HITS: A Short Domestic Violence Screening Tool for Use in a Family Practice Setting. *Family Medicine* 30(7):508-12.

5. ANTECEDENTES DE VACUNACIÓN

¿El paciente tiene la tarjeta de vacunación con él?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ
Si el cliente no tiene tarjeta de vacunación, puede traerla?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ (Fecha: ____/____/____)
Si la tarjeta de vacunación no está disponible, el cliente firmará una liberación de información con el fin de obtener antecedentes de vacunación?	<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ

6. EVALUACIÓN DEL TRANSPORTE

¿Cómo llega usted a sus visitas de servicio o apoyo médico?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Transporte público | <input type="checkbox"/> Lo lleva un integrante de la familia o amigo |
| <input type="checkbox"/> Taxi Medicaid | <input type="checkbox"/> Lo lleva un voluntario del programa |
| <input type="checkbox"/> Taxi (no de Medicaid) | <input type="checkbox"/> Camina |
| <input type="checkbox"/> Vehículo propio | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Tiene dificultad para organizar el transporte? No Sí

En caso afirmativo, ¿por qué? _____

Nota cualquier barrera de transporte o inquietud a continuación:

7. EVALUACIÓN DE NUTRICIÓN Y NECESIDADES BÁSICAS

Dígame cómo cubre sus necesidades nutricionales. ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes?

- ¿Obtener suficientes alimentos nutritivos para comer? No Sí ¿Preparar comida/cocinar? No Sí
- ¿Comprar alimentos? No Sí ¿Almacenar alimentos? No Sí

¿Recibe usted o utiliza cualquiera de los siguientes tipos de asistencia alimentaria?

Asistencia alimentaria			
Tipo de asistencia	¿Recibe/Usa?	¿Con qué frecuencia?	¿De dónde?
Cupones de alimentos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Dispensa de alimentos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Alimentos a domicilio	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Alimentos congregados	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Bono de alimentos	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		
Otro _____	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí		

¿Tiene alguna limitación en la dieta o alergias a los alimentos? No Sí

¿Tiene algún problema de alimentación debido a los medicamentos? No Sí

¿Alguna vez has visto a un nutricionista/dietista registrado? No Sí

¿Cómo está su apetito?

¿Necesita ayuda con "actividades de la vida diaria", por ejemplo, bañarse, vestirse e ir al baño, o comer? No Sí

¿Necesita ayuda con la limpieza, las compras, recordar citas, o usar el teléfono? No Sí

¿Tiene ropa adecuada? No Sí ¿Tiene alguna otras necesidad básica? No Sí

Anote a continuación cualquier preocupación de necesidad básica o de nutrición adicional:

8. EVALUACIONES DE ADHERENCIA⁴

(REALM-R, Conocimiento de medicamentos, Regla de Preparación, Duke-UNC FSSQ)

REALM-R (Estimado rápido de alfabetización de adultos en Medicina - Revisado)	
Grasa	
Gripe	
Píldora	
Alérgico	
Ictericia	
Anemia	
Fatiga	
Dirigido	
Colitis	
Estreñimiento	
Osteoporosis	

Puntuación: Grasa, gripe, y píldora no se califican. Una puntuación de 6 correctas o menos se utiliza para identificar a los pacientes en riesgo de baja alfabetización.

ENCUESTA DE CONOCIMIENTOS DE MEDICAMENTOS								
Primera columna: Completada por MCM								
Luego: Revisar todas las casillas que los pacientes puedan responder con éxito y completar la información que le proporcionen a usted acerca de cada uno de sus medicamentos.								
Medicamento	¿Nombre del medicamento?	¿Por qué está tomando el medicamento?	¿Qué cantidad toma cada vez?	¿Cuándo toma el medicamento?	Efectos a tener en cuenta		¿Dónde guarda su medicamento?	¿Cuándo es la próxima recarga? Registre la fecha.
					P	N		
P = Efectos positivos al tomar el medicamento, N = Efectos negativos al tomar el medicamento								

⁴ Case Management Society of America, *Case Management Adherence Guidelines*, 2006.

DUKE – CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL UNC (FSSQ)

	5	4	3	2	1
	Tanto como me gustaría	Casi tanto como me gustaría	Algo, pero me gustaría más	Menos de lo que me gustaría	Mucho menos de lo que me gustaría
1. Tengo gente que se preocupa lo que me pasa.					
2. Recibo amor y afecto.					
3. Tengo oportunidades para hablar con alguien sobre problemas en el trabajo o con mi trabajo de casa.					
4. Tengo oportunidades para hablar con alguien que confío acerca de mis problemas personales o familiares.					
5. Tengo oportunidades para hablar acerca de asuntos de dinero.					
6. Recibo invitaciones para salir y hacer cosas con otras personas.					
7. Recibo consejos útiles acerca de las cosas importantes en la vida.					
8. Recibo ayuda cuando estoy enfermo en la cama.					

Instrucciones resultados FSSQ

1. Todas las preguntas deben ser completadas para dar el resultado de FSSQ.

2. Sumar las puntuaciones numéricas para las 8 preguntas.

3. Dividir el total del resultado por 8 para obtener un resultado promedio.

Resultado: A medida que aumenta el apoyo social, el resultado debe aumentar. Si el número es bajo, por favor aborde el Plan de Bienestar.

Firma administrador de casos médicos

Fecha