

## Departamento de Salud del Estado de Nueva York

### Cuestionario funcional de Health Home

---

- Este formulario ha sido desarrollado para ser utilizado junto con el formulario FACT-GP (Versión 4).
- Por favor marque con un círculo o tilde una respuesta por línea para indicar la respuesta que se aplique a sus últimos 7 días.

Nombre de Health Home \_\_\_\_\_

Número de identificación de cliente de Medicaid (CIN) \_\_\_\_\_

Fecha en que se realizó \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES / DÍA / AÑO

Tipo de evaluación (Marque (✓) una)

Inicial     Anual     Alta

<b><u>Preguntas</u></b>		<b>Nunca</b>	<b>Un poco</b>	<b>Algo</b>	<b>Bastante</b>	<b>Mucho</b>
HH1	Necesito ayuda para vestirme	0	1	2	3	4
HH2	Necesito ayuda para comer .....	0	1	2	3	4
HH3	Necesito servicios de interpretación.....	0	1	2	3	4
HH4	Tengo personas para ayudarme si lo necesito .....	0	1	2	3	4
HH5	Consulto a mi médico / clínica para satisfacer mis necesidades de salud mental / médicas .....	0	1	2	3	4

<b><u>Pregunta</u></b>		<b>Sí</b>	<b>No</b>
HH6	Estoy desamparado (sin hogar) .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nombre del Administrador de atención (en letra de imprenta)

Firma original

Fecha