

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

<u>Preguntas</u>		Nunca	Un poco	Algo	Bastante	Mucho
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	Consulta a mi médico / clínica para satisfacer mis necesidades de salud mental / médicas	0	1	2	3	4

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

Nombre del Administrador de atención (en letra de imprenta)

Firma original

Fecha