



**Cuestionario/entrevista del Paciente**

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_  
Raza/Grupo Étnico (por ejemplo hispano, caucásico, negro, asiático, indígena, etc.): \_\_\_\_\_  
Dirección: \_\_\_\_\_  
Teléfonos:  
Casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Trabajo: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_  
Email: \_\_\_\_\_

**Por favor trace un círculo alrededor de todos los doctores y proveedores aliados de salud que estan utilizando actualmente. Indique el nombre, especialidad (por ejemplo obstetra, fisioterapeuta, etc.), frecuencia de visitas, y número de teléfono de los doctores alrededor de los cuales Ud. trazó con un círculo. En el caso de los doctores que no está utilizando actualmente, indique quién le recomendó ese servicio y con qué frecuencia le fue recomendado (por ejemplo una vez por mes, dos veces por año, etc.)**

**Atención Médica**

- |  |                   |                                  |
|--|-------------------|----------------------------------|
| Oftalmología                           | Neurología        | Medicina física y rehabilitación |
| Medicina interna o de cuidado primario | Urología Dentista | Cirugía ortopédica               |
| Podiatría                              | Gastroenterología | Psiquiatría                      |
| Neurocirugía                           | Neumonología      | Obstetra/ginecología             |
| Otorrinolaringología                   |                   | Otro                             |

**1. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia de visitas:** \_ \_\_\_\_\_

**Recomendado por:** \_\_\_\_\_ **Recomendación de frecuencia de visitas:** \_\_\_\_\_

**2. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

**Dirección:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_ **Frecuencia de visitas:** \_ \_\_\_\_\_

**Recomendado por:** \_\_\_\_\_ **Recomendación de frecuencia de visitas:** \_\_\_\_\_

**3. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**4. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**5. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**6. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**7. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**8. Nombre del doctor:** \_\_\_\_\_ Especialidad: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**Terapéutas o proveedores aliados de la salud**

Psicólogo	Fisioterapia	Terapia ocupacional o laboral
Foniatría/terapeuta del habla	Terapia respiratoria	Fabricante de prótesis
Nutriólogo/nutricionista	Terapia recreacional	Gerencia de caso

**1. Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**2. Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**3. Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**4. Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**5. Nombre del proveedor:** \_\_\_\_\_ **Especialidad:** \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ Frecuencia de visitas: \_ \_\_\_\_\_

Recomendado por: \_\_\_\_\_ Recomendación de frecuencia de visitas: \_\_\_\_\_

**Enfermeras/cuidado a largo plazo y cuidado de asistente**

**Asilo o institución para vivir con asistencia:** \_\_\_\_\_

Director de la institución/director de atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios/bienes proveídos por la institución: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Costo por día/ Otros costos: \_\_\_\_\_

**Compañía de salud con atención en el hogar:** \_\_\_\_\_

Tipo de servicio:      Enfermera      LVN      Asistente      Sitter

Director de la compañía/director de atención: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Servicios de enfermera proveídos: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Especialista de cuidado en el hogar, Terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, otro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Costo por visita/ Otro costo: \_\_\_\_\_

Frecuencia de las visitas: \_\_\_\_\_





**Hospitalizaciones/complicaciones anticipadas**

**Historia quirúrgica:** \_\_\_\_\_

---

---

**Cirugía programada o anticipada:** \_\_\_\_\_

---

---

**Historia de enfermedades que requirieron hospitalización (por ejemplo infección del tracto urinario, infección del tracto respiratorio, úlcera por decúbito o llaga por presión, infecciones de oído, caídas, etc.)**

<b><u>Complicación</u></b>	<b><u>Frecuencia total Desde la lesión/accidente</u></b>	<b><u>Frecuencia total de hospitalización requerida</u></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Historia de enfermedades que requirieron intervención pero no hospitalización (por ejemplo cuidado de heridas, tratamiento con antibióticos, infección, etc.):**

<b><u>Complicación</u></b>	<b><u>Frecuencia total Desde la lesión/accidente</u></b>	<b><u>Tipo de Intervención</u></b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____



**Incontinencia/cuidado de la piel:** cama especializada, colchón, rutina para preparación de intestino, pañales/almohadillas de incontinencia, catéteres o sondas (interna/ interna y externa/ MMG o estéril), cambios de gasa, guantes de latex (estéril/ no-estéril), H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>, NS, H<sub>2</sub>O, botas para el talón, bolsas de pierna, linen savers, ungentos/cremas, piel de cordero, tubos, bolsa para recolectar la orina, productos para el cuidado de heridas.

Artículo	Marca/modelo	Precio	Frecuencia de compra

**Monitoreo médico o de respiración:** equipo de ventilación mecánica (para enviar oxígeno a los pulmones), equipo de ventilación mecánica de repuesto, equipo de ventilación mecánica portable, medias o calcetines anti-embólicos, suministros y monitor de apnea; equipo de presión arterial, botellas de recolección, humidificador, tratamientos con oxígeno líquido , nebulizador, concentración de oxígeno, tanque de oxígeno, oxímetros de pulso, sondas de succión, equipo de succión, tubos de succión, termómetros, equipo de cuidado de tráquea, suministros de ventilación mecánica, succión de arranque ('yanker')

Artículo	Marca/modelo	Precio	Frecuencia de compra

**Equipo de asistencia para vivir independientemente:** aparatos de ayuda para vestirse, cargadores de batería, utensilios para la alimentación, aparato para alcanzar objetos a la distancia, equipo adaptado de recreación o trabajo, animal de asistencia o compañía, unidad de control ambiental, teclados, equipo de aprendizaje/computadoras, equipo de control de mando a través de la voz

Artículo	Marca/modelo	Precio	Frecuencia de compra

**Sensorimotor:** equipo de estimulación sensorial, juguetes especializados

Artículo	Marca/modelo	Precio	Frecuencia de compra

**Modificaciones del hogar:**

- a. Arquitecto: \_\_\_\_\_
- b. Planes: \_\_\_\_\_
- c. Describa la modificación: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- d. Rampas de superficie o estacionamiento: \_\_\_\_\_
- e. Costo: \_\_\_\_\_

**Modificación de su vehículo:**

- a. Van o camioneta (mini o tamaño grande?): \_\_\_\_\_
- b. Sistema hidráulico especial: \_\_\_\_\_
- c. techo elevado o piso rebajado: \_\_\_\_\_
- d. Hand/ toggle controls: \_\_\_\_\_
- e. Equipo para mantener y asegurar su posicionamiento: \_\_\_\_\_
- f. Elevador de silla (indique el tipo): \_\_\_\_\_
- g. Accesibilidad de emergencia (telefono, etc.): \_\_\_\_\_
- h. Mantenimiento: \_\_\_\_\_
- i. Control remoto/batería dual: \_\_\_\_\_

**¿Existe otro equipo, suministro, o tecnología de ayuda que no tiene pero le vendría bien tener? ¿Tiene necesidades que no ha podido cubrir o satisfacer?**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**Financiamiento:**

1. Medicaid: \_\_\_\_\_
2. Medicare: \_\_\_\_\_
3. Seguro o aseguranza de terceros: \_\_\_\_\_
4. Beneficios de una agencia pública: \_\_\_\_\_
5. Caridad privada (iglesia, institución privada, club rotario, etc.): \_\_\_\_\_
6. Programas de asistencia estatal: (TRC, TWC): \_\_\_\_\_