

**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

<p>Características personales</p> <p>1. ¿Es usted hispano o latino?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>2. ¿Cuál es su raza? Marque todas las que correspondan.</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Asiático</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawái</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Residente de las Islas del Pacífico</td> <td><input type="checkbox"/> Negro/afroamericano</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanco</td> <td><input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Otra (por favor, escríbalo):</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>3. En algún momento de los últimos 2 años, ¿ha sido el trabajo agrícola el ingreso principal de su familia?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>4. ¿Ha servido en las fuerzas armadas de los Estados Unidos?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>5. ¿Qué idioma se siente más cómodo hablando?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Inglés</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>Familia y hogar</p> <p>6. ¿Cuántos miembros de su familia viven con usted? (usted incluido) _____</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái	<input type="checkbox"/> Residente de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano	<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska	<input type="checkbox"/> Otra (por favor, escríbalo):		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta		<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<p>7. ¿Cuál es su situación actual de vivienda?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Tengo vivienda</td> <td style="width: 50%;"><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)</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>8. ¿Le preocupa poder perder su vivienda?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> Sí</td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> No</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>9. ¿Cuál es su dirección?</p> <p>Calle: _____</p> <p>Ciudad, estado, código postal: _____</p> <p>Dinero y recursos</p> <p>10. ¿Cuál es el nivel de escuela más alto que ha completado?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Preparatoria</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Escuela secundaria o GED</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Superior a escuela secundaria</td> <td><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>11. ¿Cuál es su situación de trabajo?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Desempleado</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial o temporal</td> <td style="width: 33%;"><input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo completo</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Desempleado pero no busca trabajo (p. ej., estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor, escríbalo:</td> </tr> <tr> <td colspan="3"><input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta</td> </tr> </table> <p>12. ¿Cuál es su seguro médico principal?</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Ninguno/no asegurado</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Medicaid</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> CHIP Medicaid</td> <td><input type="checkbox"/> Medicare</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Otro seguro público (no CHIP)</td> <td><input type="checkbox"/> Otro seguro público (CHIP)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Seguro privado</td> <td></td> </tr> </table>	<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		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria o GED	<input type="checkbox"/> Superior a escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial o temporal	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta			<input type="checkbox"/> Ninguno/no asegurado	<input type="checkbox"/> Medicaid	<input type="checkbox"/> CHIP Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare	<input type="checkbox"/> Otro seguro público (no CHIP)	<input type="checkbox"/> Otro seguro público (CHIP)	<input type="checkbox"/> Seguro privado	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																			
<input type="checkbox"/> Asiático	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawái																																																				
<input type="checkbox"/> Residente de las Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/afroamericano																																																				
<input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Indígena de los Estados Unidos/nativo de Alaska																																																				
<input type="checkbox"/> Otra (por favor, escríbalo):																																																					
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																			
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																			
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Otro idioma distinto al inglés (por favor, escríbalo)																																																				
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																					
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																					
<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																																																					
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																			
<input type="checkbox"/> Preparatoria	<input type="checkbox"/> Escuela secundaria o GED																																																				
<input type="checkbox"/> Superior a escuela secundaria	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																				
<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Trabajo de tiempo parcial o temporal	<input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta																																																					
<input type="checkbox"/> Ninguno/no asegurado	<input type="checkbox"/> Medicaid																																																				
<input type="checkbox"/> CHIP Medicaid	<input type="checkbox"/> Medicare																																																				
<input type="checkbox"/> Otro seguro público (no CHIP)	<input type="checkbox"/> Otro seguro público (CHIP)																																																				
<input type="checkbox"/> Seguro privado																																																					

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.

<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	---------------------------------------

14. Durante el último año, ¿usted o algún miembro de su familia tuvieron que dejar de comprar algo que **realmente se necesitaba** entre las siguientes opciones? Marque todas las que correspondan.

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):
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder a esta pregunta					

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.

<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido acudir a consultas médicas o a recoger mis medicamentos
<input type="checkbox"/>	Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo o conseguir cosas que necesito
<input type="checkbox"/>	No
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta

Salud social y emocional

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)

<input type="checkbox"/>	Menos de una vez por semana	<input type="checkbox"/>	1 o 2 veces por semana
<input type="checkbox"/>	3 o 5 veces por semana	<input type="checkbox"/>	5 o más veces por semana
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta		

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?

<input type="checkbox"/>	Para nada	<input type="checkbox"/>	Un poco
<input type="checkbox"/>	Algo	<input type="checkbox"/>	Bastante
<input type="checkbox"/>	Mucho	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta

Preguntas adicionales opcionales

18. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

19. ¿Es refugiado?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta
--------------------------	----	--------------------------	----	--------------------------	---------------------------------------

20. ¿Se siente física o emocionalmente seguro en su actual lugar de residencia?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta				

21. Durante el último año, ¿tuvo miedo de su pareja o expareja?

<input type="checkbox"/>	Sí	<input type="checkbox"/>	No	<input type="checkbox"/>	No estoy seguro
<input type="checkbox"/>	No he tenido pareja durante el último año				
<input type="checkbox"/>	Prefiero no responder a esta pregunta				