

PRAPARE: Protocol for Responding to and Assessing Patient Assets, Risks, and Experiences
Protocolo para responder y evaluar los riesgos y las experiencias de los pacientes

Características Personales

1. ¿Es hispano, latino o de origen español?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta

2. ¿Cuál es su raza? Marque todo lo que sea aplicable:
 - a. Asiático
 - b. Nativo de Hawaii
 - c. De las Islas del Pacífico Negro/Afro Americano
 - d. Indio de los Estados Unidos / Nativo de
 - e. Alaska
 - f. Blanco
 - g. Otro (por favor escríbalo) _____
 - h. Prefiero no responder a esta pregunta.

3. En cualquier momento en los últimos 2 años, ¿el trabajo agrícola ha sido el ingreso principal de su familia?
 - d. Sí
 - e. No
 - f. Prefiero no responder a esta pregunta

4. ¿Ha servido en las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?
 - a. Sí
 - b. No
 - c. Prefiero no responder a esta pregunta

5. ¿Con cuál idioma se siente más cómodo hablando?
 - a. Inglés
 - b. Español
 - c. Idioma aparte del Inglés (por favor escríbalo): _____
 - d. Prefiero no responder a esta pregunta

Familia y Hogar

6. ¿Cuántos miembros de su familia principal viven con usted? (incluido usted mismo)
- _____
 - Prefiero no responder a esta pregunta
7. ¿Cuál es su situación actualmente de su vivienda?
- Tengo vivienda
 - No tengo vivienda (viviendo con otros, en un hotel, en un albergue, viviendo en la calle, en una playa, en un carro, o en un parque)
 - Prefiero no responder a esta pregunta
8. ¿Le preocupa que pudiera perder su vivienda?
- Sí
 - No
 - Prefiero no responder a esta pregunta
9. ¿Cuál es su dirección de hogar? (incluya la calle y el código postal)

Dinero y Recursos

10. ¿Cuál es el nivel escolar más alto que ha completado?
- Escuela primaria
 - Preparatoria
 - Colegio, Universidad, o colegio técnico
 - Prefiero no responder a esta pregunta
11. ¿Cuál es su situación laboral actualmente?
- Desempleado y buscando empleo
 - Trabajo tiempo parcial o temporal (no agrícola)
 - Trabajo tiempo completo
 - Desempleado (ej. estudiante, jubilado, incapacitado, cuidador principal no remunerado). Por favor escríbalo: _____
 - Prefiero no responder a esta pregunta
12. ¿Cuál es su aseguranza médica?
- Ninguno/no asegurado Medicaid
 - CHIP Medicaid Medicare
 - Otra aseguranza pública (No CHIP)
 - Otra aseguranza pública (CHIP)
 - Aseguranza privada

13. ¿Cuál fue el ingreso de su familia el año pasado? Esta información nos ayudará a determinar si usted califica para algún beneficio.

- a. _____
- b. Prefiero no responder a esta pregunta

14. Actualmente o en el año pasado, ¿usted o alguna persona en su hogar tuvieron que privarse de algo que realmente se necesitaba? Marque todo lo que sea aplicable.

- a. Alimentos
- b. Ropa
- c. Servicios públicos
- d. Cuidado infantil
- e. Medicina o cualquier cuidado de salud (medico, dental, salud mental, vision)
- f. Teléfono
- g. Otro. Por favor escríbalo: _____
- h. Prefiero no responder a esta pregunta

15. ¿La falta de transportación le ha impedido ir a citas médicas, a reuniones, al trabajo, o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? (Marque todas las que aplican)

- a. Sí, me ha impedido ir a citas médicas o a recoger mis medicamentos
- b. Sí, me ha impedido ir a reuniones o citas no médicas, al trabajo, o conseguir cosas que necesito
- c. No
- d. Prefiero no responder a esta pregunta.

Salud Social y Emocional

16. ¿Con qué frecuencia convive o conversa con personas por las que se preocupa y son cercanas a usted? (Por ejemplo: conversar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, asistir a la iglesia o reuniones)

- a. Menos de una vez por semana
- b. 1 o 2 veces por semana
- c. de 3 a 5 veces por semana
- d. Más de 5 veces por semana
- e. Prefiero no responder a esta pregunta

17. El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso o no puede dormir en la noche porque su mente está preocupada. ¿Usted se siente estresado?

- a. Para nada
- b. Bastante
- c. Un poquito
- d. Mucho
- e. Algunas veces
- f. Prefiero no responder a esta pregunta

Preguntas Opcionales

18. En el último año, ¿ha pasado más de 2 noches seguidas en una cárcel, una prisión, un centro de detención, o en un centro correccional juvenil?
- Sí
 - No
 - Prefiero no responder a esta pregunta

Si su respuesta fue sí, ¿qué fecha fue liberado? _____

19. ¿Usted es un refugiado?
- Sí
 - No
 - Prefiero no responder a esta pregunta
20. ¿Se siente físico o emocionalmente seguro donde vive actualmente?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
 - Prefiero no responder a esta pregunta
20. ¿El año pasado, tuvo miedo de su pareja o ex-pareja?
- Sí
 - No
 - No estoy seguro
 - En el año pasado no tuve pareja
 - Prefiero no responder a esta pregunta

© 2016. National Association of Community Health Centers, Inc., Association of Asian Pacific Community Health Organizations, and the Oregon Primary Care Association. PRAPARE and its resources are proprietary information of NACHC and its partners intended for use by NACHC, its partners, and authorized recipients. Do not publish, copy, or distribute this information in part or whole without prior written consent from NACHC. All rights reserved. For more information