|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**  Division of Public Health  F-03291S (06/2024) | **STATE OF WISCONSIN**  Bureau of Community Health Protection  Chronic Disease Prevention and Cancer Control Section | |
| **EVALUACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE APOYO DEL WISEWOMAN**  **WISEWOMAN SOCIAL SERVICES AND SUPPORT ASSESSMENT** | | |
| **SECCIÓN 1: INFORMACIÓN SOBRE EL CLIENTE Y EL PROVEEDOR** | | |
| Nombre del cliente (apellidos, nombre, inicial) | Fecha de nacimiento | Número de identificación del cliente |
|  |  |  |
| **SECCIÓN 2: EVALUACIÓN** | | |

|  |  |
| --- | --- |
| ¿Utiliza alguno de los siguientes tipos de computadora: de sobremesa o portátil, teléfono inteligente, tableta u otra computadora portátil inalámbrica?  Sí  No | |
| ¿Tiene usted o algún miembro de su hogar acceso a Internet? | |
| Sí: pagando a una compañía de telefonía móvil o a un proveedor de servicios de Internet.  Sí: sin pagar a una compañía de telefonía móvil ni a un proveedor de servicios de Internet.  No tengo acceso a Internet | |
| Durante los últimos 12 meses, ¿hubo algún momento en el que le preocupara quedarse sin comida por falta de dinero u otros recursos?  Sí  No | |
| ¿Alguna vez ha faltado a una cita médica por problemas de transporte?  Sí  No | |
| ¿Utiliza actualmente servicios de guardería para uno o más niños? Seleccione todas las que correspondan. | |
| Lactantes (desde el nacimiento hasta los 11 meses)  Niños pequeños (de 11 a 36 meses)  Preescolares (de 3 a 5 años) | Cuidado después de clase (K a 9º grado)  No corresponde |
| En el último año, ¿ha tenido algún problema relacionado con la guardería? Seleccione todas las que correspondan. | |
| Costo  Disponibilidad  Ubicación  Transporte | No he tenido problemas  Otro tipo de problema  No corresponde |
| ¿Cuál es su situación actual en materia de vivienda? | |
| Tengo vivienda.  Tengo vivienda, pero me preocupa perderla.  No tengo vivienda. | |
| ¿Con qué frecuencia su pareja le lastima físicamente, le insulta o le habla con desprecio? | |
| Nunca  Rara vez  A veces | Bastante a menudo  Con frecuencia  Se niega a contestar |
| Si le recetan medicamentos, ¿normalmente los toma según lo recetado? Seleccione todas las que correspondan. | |
| Se le olvida tomar los medicamentos  A veces no se toma los medicamentos  Cuando se siente mejor, a veces deja de tomar los medicamentos  Cuando se siente peor, a veces deja de tomar los medicamentos | |

|  |
| --- |
| **SECCIÓN 3: REFERENCIAS A LOS SERVICIOS SOCIALES Y DE APOYO** |
| Instrucciones: Utilice el siguiente número de identificación de referencia a los servicios sociales para documentar la fecha de referencia, los resultados y los comentarios. Códigos de referencia: 01-Uso de computadoras, 02-Acceso a Internet, 03-Inseguridad alimentaria, 04-Transporte, 05-Vivienda, 06-Guardería, 07-Violencia de pareja, 08-Cumplimiento de medicamentos, 09-Salud mental, 10-Traducción de idiomas, 11-Abuso de sustancias. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fecha de referencia | Número de código de referencia | Resultado (seleccione uno) | Fecha de resultado | Comentarios |
|  |  | Rechazada  Necesidad satisfecha  Necesidad en curso  No iniciada  LTFU |  |  |
|  |  | Rechazada  Necesidad satisfecha  Necesidad en curso  No iniciada  LTFU |  |  |
|  |  | Rechazada  Necesidad satisfecha  Necesidad en curso  No iniciada  LTFU |  |  |