|  |  |
| --- | --- |
| **DEPARTMENT OF HEALTH SERVICES**Division of Public HealthF-03291S (06/2024) | **STATE OF WISCONSIN**Bureau of Community Health ProtectionChronic 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 |       |       |