

La **evaluación de admisión integral Live Your Life Undetectable** está diseñada para ayudar a los clientes y proveedores a identificar los recursos de apoyo comunitario necesarios y los servicios de apoyo que ayudarán a los clientes a tener éxito en su camino hacia la supresión duradera de la carga viral.

Amida Care entiende que es importante tener una imagen completa de un cliente para poder brindar el apoyo clínico adecuado. La información demográfica y clínica no proporcionan el cuadro completo. Los clientes pueden tener múltiples necesidades que deben abordarse para producir los resultados clínicos deseados.

Proporcionar interés sin prejuicios en los problemas de un cliente a través de la escucha activa, mostrando empatía y preocupación por el cliente como una persona única fomenta la confianza y el compromiso para mejorar la participación en la salud.

Pedimos que la evaluación se complete en su totalidad y que se completen todos los campos.

Una vez que se complete la evaluación, guárdela y cárguela en la carpeta Sharefile junto con los otros documentos de inscripción del cliente.

Use la tecla Ctrl para seleccionar varios elementos en cualquier menú desplegable.

### INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA:

Nombre del cliente:

N.º de CIN del cliente:

Fecha de nacimiento del cliente:

Fecha en que se diagnosticó al  
cliente con VIH:

Factor de riesgo de VIH del cliente:

Idiomas en que lee el cliente:

### EVALUACIÓN SOCIAL

Nivel de grado máximo completado  
(incluya GED):

¿Está empleado?

Si la respuesta es afirmativa, tipo de  
trabajo:

Situación marital:

Describe el tipo de vivienda:

¿El cliente se beneficiaría de los  
servicios habitacionales actualmente  
no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el plan?

¿Tiene el cliente alguna de las siguientes afecciones?

¿Alguna evidencia de violencia doméstica o abuso infantil?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

¿Se necesita una remisión?

Si ya se encuentra en un programa, especifique

¿Algún problema legal?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

¿Se encuentra el cliente en libertad condicional?

Si la respuesta es afirmativa, indique el número y teléfono de contacto del oficial de libertad condicional:

¿Necesita el cliente ayuda con las actividades diarias? (por ejemplo, TO, FT, HHA):

Si la respuesta es afirmativa, seleccione todas las que correspondan:

Seleccione TODAS las necesidades de transporte que correspondan

Otro transporte:

¿Equipo necesario para la atención?

¿El cliente se beneficiaría de la asistencia con el transporte?

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el plan de transporte?

### NECESIDADES ALIMENTICIAS

Estatura:

Peso actual:

Índice de Masa Corporal (IMC):

Peso preferente/cómodo:

¿Recibe suplementos?

Si la respuesta es afirmativa,  
especifique

¿Recibe asistencia alimenticia?

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué  
tipo?

¿El cliente se beneficiaría de los  
servicios alimenticios actualmente  
no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el plan?

### MANEJO DEL DOLOR

¿Sufre de dolor agudo/crónico?

Si la respuesta es afirmativa, ¿hay  
algún plan de manejo del dolor  
vigente?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el manejo actual?

¿El cliente se beneficiaría de los  
servicios de manejo del dolor  
actualmente no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el plan?

### EVALUACIÓN DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

¿Es sexualmente activo?

Si la respuesta es afirmativa,  
seleccione todas las que  
correspondan:

Si la respuesta es OTRA,  
especifique:

Si es sexualmente activo, ¿practica  
el cliente el sexo seguro?

¿Ha recibido el cliente educación  
sobre sexo seguro?

¿Está la cliente embarazada?

Si la respuesta es afirmativa, fecha  
del Último Período Menstrual  
(UPM):

Si está embarazada, ¿cuál es la  
fecha de parto?

¿Está la cliente intentando quedar  
embarazada?

Si la respuesta es negativa, ¿es la  
cliente sexualmente activa, qué tipo  
de método anticonceptivo utilizó la  
cliente o la pareja de la cliente?

¿Se beneficiaría la cliente de los  
servicios de planificación  
familiar/educación sobre sexo  
seguro/notificaciones a la pareja no  
vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el plan?

## EVALUACIÓN/ADHERENCIA A LOS MEDICAMENTOS

Alergias:

¿Está el cliente tomando medicamentos ARV?

Si la respuesta es afirmativa, porcentaje de dosis ARV omitida en los últimos 3 días:

¿Se ha discutido la adherencia con el cliente?

Marque los motivos si el cliente no se encuentra en una Terapia Antirretroviral (TAR):

Si la respuesta es OTRA, no bajo TAR, especifique:

¿Se beneficiaría la cliente de los servicios de adherencia a los medicamentos (pastilleros, entrega a domicilio, visita de enfermeras al hogar) no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el plan?

¿El cliente se beneficiaría de la remisión?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el plan?

Alternativamente, ¿el cliente se beneficiaría de un ensayo clínico?

## EVALUACIÓN DE SALUD MENTAL

¿Se ha tratado al cliente por motivos psiquiátricos?

Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo y cuándo?

¿Se encuentra el cliente tomando medicamentos para la depresión?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

¿Tiene el cliente poco interés en hacer cosas?

¿Se siente el cliente deprimido/recaído o sin esperanzas?

¿Actualmente el cliente se siente ansioso?

¿Actualmente el cliente toma medicamentos para la ansiedad?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

¿Padece el cliente insomnio?

Si la respuesta es afirmativa, ¿están tomando medicamentos para el insomnio?

¿Padece el cliente problemas de apetito?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?

Si es anormal, especifique:

¿Se beneficiaría la cliente de los servicios de salud mental no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál es el plan?

### EVALUACIÓN DE CONSUMO DE SUSTANCIAS

¿Ha tenido el cliente problemas de consumo de sustancias?

Si la respuesta es afirmativa, marque todas las que correspondan:

¿Actualmente consume?

Si la respuesta es afirmativa,  
marque todas las que correspondan:

Comentarios:

¿El cliente fuma o mastica tabaco?

Si la respuesta es afirmativa, ¿se ha  
hablado sobre dejar de fumar?

¿Está el cliente inscrito en MMTP?

Si la respuesta es afirmativa,  
¿cantidad de metadona recetada?

¿Ha hecho uso el cliente de los  
centros de tratamiento para el  
consumo de drogas?

Si la respuesta es afirmativa,  
marque todas las que correspondan:

¿Se beneficiaría la cliente de los  
servicios para el consumo de  
sustancias no vigentes?

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál  
es el plan?

Fecha en que se completó el  
formulario: