



## Valoración del cuidador

Fecha: \_\_\_\_\_

1. Primer nombre del cuidador:			
2. Apellido del cuidador:			
3. Primer nombre de la persona que recibe el cuidado:			
4. Apellido de la persona que recibe el cuidado:			
5. Relación del cuidador con la persona que recibe el cuidado:			
<input type="checkbox"/> Hijo	<input type="checkbox"/> Vecino	<input type="checkbox"/> Hermano	
<input type="checkbox"/> Amigo	<input type="checkbox"/> Abuelo	<input type="checkbox"/> Yerno o nuera	
<input type="checkbox"/> Nieto	<input type="checkbox"/> Otro pariente	<input type="checkbox"/> Cónyuge	
<input type="checkbox"/> Pareja	<input type="checkbox"/> Otra, no pariente	<input type="checkbox"/> No quisio responder	
6. Datos demográficos y arreglo de vivienda del cuidador			
a. Estado civil:	<input type="checkbox"/> Casado	<input type="checkbox"/> Soltero	<input type="checkbox"/> No se indicó
b. Origen hispano:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No se indicó
c. Raza:	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawaiian/Otra isla del Pacífico
	<input type="checkbox"/> Blanca	<input type="checkbox"/> No se indicó	
d. Vive con la persona que recibe el cuidado:	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> No quisio responder
7. Hora de inicio de la valoración:			
8. Hora de terminación de la valoración:			
9. Tiempo total:			

## Necesidades del cuidador

10. ¿Tenía algún conocimiento de los recursos de apoyo para cuidadores antes de hacer este contact?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11. Si contesta <b>Sí</b> , ¿ha recibido servicios de apoyo para cuidadores en el pasad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12. Si contesta <b>No</b> , ¿por qué está buscando ayuda ahora?	
13. ¿Le preocupa algo sobre recibir apoyo para cuidadores? (Marque todas las respuestas que apliquen.)	
<input type="checkbox"/> La persona que recibe el cuidado se resiste a recibir ayuda ajena.	
<input type="checkbox"/> No confían en los proveedores de servicios que vienen a la casa.	
<input type="checkbox"/> Nadie más puede brindar cuidado como yo lo hago.	
<input type="checkbox"/> 14. Otro; por favor, describalo:	

**Perfil de cuidador**

15. ¿Le pagan por cuidar a [nombre de la persona que recibe el cuidado]?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (Si contesta <b>Sí</b> , pare aquí.)
16. ¿Es usted la única persona que cuida a [nombre de la persona que recibe el cuidado] sin cobrar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
17. ¿Por cuánto tiempo ha estado cuidando a [nombre de la persona que recibe el cuidado]?	año(s)                      mes(es)
18. ¿Con qué frecuencia cuida a [nombre de la persona que recibe el cuidado]?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> No quisio responder
19. ¿Tiene usted hijos menores de 18 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
20. ¿Cuida usted a alguien más?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
21. ¿Tiene a alguien que le sustituya cuando usted no puede hacer de cuidador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
22. Distancia hasta el hogar de la persona a quien cuida: (Escoja una.)	<input type="checkbox"/> 0-10 millas <input type="checkbox"/> 11-40 millas <input type="checkbox"/> 41-100 millas <input type="checkbox"/> Más 100 de millas
23. ¿Tiene algún padecimiento médico crónico o ha sufrido hace poco una crisis de salud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder (Si contesta <b>No</b> , vaya a la pregunta 25.)
Padecimiento o crisis médica del cuidador:	
24. ¿Ha afectado su padecimiento su habilidad de cuidar a [nombre de la persona que recibe el cuidado]?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
25. ¿Tiene trabajo?	<input type="checkbox"/> De tiempo complete <input type="checkbox"/> De tiempo parcial <input type="checkbox"/> No tiene empleo <input type="checkbox"/> No quisio responder

Valoración del cuidador

26. ¿Han afectado su empleo las responsabilidades de ser cuidador?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder (Si contesta <b>No</b> , vaya a la pregunta 28.)
--	--

27. ¿Cómo se ha visto afectado su empleo? (Por favor, marque todas las que sean pertinentes.)				
Horario	Pago	Licencia	Relaciones en el trabajo	Desempeño
<input type="checkbox"/> Cambió de trabajo. <input type="checkbox"/> Redujo las horas o cambió a tiempo parcial. <input type="checkbox"/> Ha tomado licencia prolongada con pago. <input type="checkbox"/> Renunció.	<input type="checkbox"/> Has empezado un segundo empleo. <input type="checkbox"/> Reducción del salario o periodos sin ingresos. <input type="checkbox"/> Ha tomado licencia sin pago (LWOP). <input type="checkbox"/> Perdió la oportunidad de que lo ascendieran. <input type="checkbox"/> Le recortaron el salario o recibe un salario más bajo.	<input type="checkbox"/> Toma licencia del trabajo con frecuencia. <input type="checkbox"/> Ha usado todas sus licencias pagadas; no tiene más licencia. <input type="checkbox"/> Sobrepasó lo que permite la Ley de Licencia Médica Familiar (FMLA).	<input type="checkbox"/> Se siente aislado. <input type="checkbox"/> Menos interacción con los compañeros de trabajo. <input type="checkbox"/> Tensión o problemas con un compañero de trabajo. <input type="checkbox"/> Tensiones o problemas con el supervisor.	<input type="checkbox"/> Menos confianza en sus propias habilidades. <input type="checkbox"/> Menos productivo. <input type="checkbox"/> Dificultad para concentrarse. <input type="checkbox"/> Miedo a perder el trabajo. <input type="checkbox"/> Realiza o administra las tareas de cuidador en el trabajo.

**Habilidades del cuidador y valoración de la participación**

28. ¿Con cuáles de las siguientes tareas ayuda a la persona que cuida? (Marque todas las respuestas que apliquen.)	
<input type="checkbox"/> Tareas de atención persona (ADL) <input type="checkbox"/> Quehaceres de la casa (IADL) <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Administración de las finanzas <input type="checkbox"/> Atención médica (citas médicas, monitoreo de medicamentos) <input type="checkbox"/> Supervisión <input type="checkbox"/> Apoyo emocional <input type="checkbox"/> 29. Otra; por favor, descríbala:	
30. Si [nombre de la persona que recibe el cuidado] tiene un padecimiento o una enfermedad crónica, ¿qué tan bien conoce ese padecimiento o enfermedad?	<input type="checkbox"/> Muy bien <input type="checkbox"/> Algo <input type="checkbox"/> Nada

Padecimiento o enfermedad de la persona que recibe cuidado:
31. ¿Necesita información, educación o capacitación sobre alguno de los siguientes temas? (Marque todas las respuestas que apliquen.)
<input type="checkbox"/> Cómo cuidarse mientras cuida a otra persona <input type="checkbox"/> Cómo cuidar a una persona de edad avanzada <input type="checkbox"/> Más información sobre el padecimiento o enfermedad de la persona que recibe cuidado <input type="checkbox"/> Cómo lograr que otros miembros de la familia ayuden <input type="checkbox"/> Seguridad en la casa o cambios a la casa o equipo <input type="checkbox"/> Asuntos legales y financieros, poderes, testamento vital <input type="checkbox"/> Opciones de atención a largo plazo (seguro u otros beneficios) <input type="checkbox"/> Servicios de apoyo en casa <input type="checkbox"/> Servicios de relevo a corto plazo en un centro <input type="checkbox"/> Cómo escoger un centro de atención a largo plazo <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo <input type="checkbox"/> Opciones de terapia individual <input type="checkbox"/> Información y ayuda en Internet <input type="checkbox"/> Capacitación práctica en habilidades para las tareas de atención personal (baño, aseo personal, uso del sanitario) <input type="checkbox"/> 32. Otra; por favor, descríbala:

### Entrevista sobre el estrés del cuidador

33. ¿Le parece estresante cuidar a [nombre de la persona que recibe el cuidado]?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No quisio responder
34. ¿Cómo calificaría su nivel de estrés?	<input type="checkbox"/> Bajo <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Alto <input type="checkbox"/> No quisio responder

Marque la respuesta que mejor describe cómo se siente:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No quisio responder
35. Me siento satisfecho al ayudar a [nombre de la persona que recibe el cuidado].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Valoración del cuidador

Marque la respuesta que mejor describe cómo se siente:	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	No quiso responder
36. Tengo confianza en mi habilidad de cuidar a [nombre de la persona que recibe el cuidado].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
37. Cuidar a [nombre de la persona que recibe el cuidado] mientras trato de cumplir con otras responsabilidades familiares o del empleo me está creando más estrés.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
38. Me siento obligado a brindar cuidado.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
39. Mi salud ha empeorado porque estoy cuidando a otra persona.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
40. Cuidar de otra persona está afectando mis finanzas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
41. Podría cuidar mejor a [nombre de la persona que recibe el cuidado].	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

42. ¿Qué hace usted para sobrellevar el estrés relacionado con los retos de brindar cuidado? Describa:

43. ¿Funciona para aliviar el estrés?

Sí  
 Algo  
 No, nada

**Clasificación del cuidador como prioridad**

(Marque todas las que apliquen.)

- Brinda cuidado a una persona con la enfermedad de Alzheimer o alguna demencia relacionada.
- Es un abuelo u otro cuidador pariente mayor de 55 años que brinda cuidado a un niño con discapacidades graves.

**Categorías meta opcionales**

(Marque todas las que apliquen.)

- El cuidador fue hospitalizado recientemente.
- La persona que recibe el cuidado fue hospitalizado recientemente.
- El cuidado probablemente continuará indefinidamente.
- La persona que recibe el cuidado corre riesgo de ser institucionalizada.
- El cuidador tiene un padecimiento crónico o tuvo una crisis médica reciente.

Valoración del cuidador

---

- La persona que recibe el cuidado necesita ayuda con 3 o más ADL.
- Los ingresos del cuidador están por debajo del nivel federal de pobreza.
- El cuidador está cuidando a más de una persona.
- Otra: \_\_\_\_\_

**Notas**

Nombre del coordinador de servicios: \_\_\_\_\_