

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD



Health
Choice

Responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Sus respuestas no afectarán sus beneficios de Medicaid o Medicare y la información será tratada con confidencialidad. La información que facilite puede ser revisada por un administrador de la atención y puede ser compartida con su médico de atención primaria y su equipo de atención. El hecho de completar este formulario implica que usted acepta que se utilice para este fin.

Se requiere:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de Medicaid/Medicare: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Médico de atención primaria: _____ Fecha: _____

Raza u origen étnico:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Nativo americana/de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otra _____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su idioma de preferencia?

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Navajo |
| <input type="checkbox"/> Chino (incluye cantonés, mandarín) | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Árabe |

Nos interesa respetar sus valores y creencias. ¿Tiene alguna preferencia cultural que debemos conocer y que pueda afectar su atención médica?

- Sí No Prefiero no responder

¿Cuáles son sus preferencias?

¿Trabaja o estudia actualmente?

- Sí, trabajo Sí, estudio No

Nivel de educación

¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que completó?

- 8° grado o menos Escuela secundaria incompleta Graduado de escuela secundaria o GED
 Universidad incompleta Graduado de la universidad Nivel superior a un título universitario de 4 años

Información de contacto

¿Cómo preferiría que se lo contacte?

- Correo Teléfono Celular Mensaje de texto Correo electrónico

Indique su información de contacto: _____

Salud general

En general, ¿cómo diría que es su salud?

- Excelente Muy buena Buena
 Regular Mala

En general, ¿cómo diría que es su salud dental?

- Excelente Muy buena Buena
 Regular Mala

¿Está embarazada actualmente? Sí No

¿Qué tanto control considera que tiene para manejar sus problemas de salud?

- Siempre Por lo general A veces
 Rara vez Nunca

Estatura y peso

¿Cuál es su estatura? _____ ¿Cuál es su peso? _____

Actividad física

¿Hace ejercicio?

- Sí No

¿Cuántas caídas tuvo en los últimos 6 meses?

- De 1 a 2 De 3 a 4
 5 o más

Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria

Durante los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otras personas para realizar las siguientes actividades diarias?

- Ducharse Comer/prepararse para comer Vestirse
 Subir/bajar de la cama, silla o silla de ruedas Asearse / bañarse Hacer las compras
 Usar el baño Finanzas Caminar
 Mantenimiento de la casa Ninguna/no necesito ayuda
 Continencia

¿Quién, de haber alguien, le ayuda con sus necesidades de atención médica o de la vida diaria?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Con qué le ayudan? (p. ej., transporte, toma de medicamentos, apoyo emocional, llenar formularios, etc.) _____

¿Qué afecciones tiene usted según le ha dicho un médico, o para qué afecciones toma medicamentos? Seleccione todas las opciones que correspondan

<p><u>Cardiovascular</u></p> <p><input type="checkbox"/> Ataque al corazón/enfermedad cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrilación auricular</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca</p> <p><input type="checkbox"/> Presión arterial alta</p> <p><input type="checkbox"/> Colesterol alto</p> <p><input type="checkbox"/> Angina</p> <p><input type="checkbox"/> Soplo cardíaco</p> <p><u>Pulmones</u></p> <p><input type="checkbox"/> Bronquitis crónica o EPOC/enfisema</p> <p><input type="checkbox"/> Asma</p> <p><input type="checkbox"/> Apnea del sueño</p> <p><input type="checkbox"/> Coágulo de sangre en el pulmón</p> <p><u>Huesos y músculos</u></p> <p><input type="checkbox"/> Osteoporosis</p> <p><input type="checkbox"/> Artritis</p> <p><input type="checkbox"/> Fracturas</p>	<p><u>Gastroenterología</u></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad hepática</p> <p><input type="checkbox"/> Úlcera péptica</p> <p><input type="checkbox"/> Sangrado</p> <p><u>Sistema genitourinario</u></p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad renal</p> <p><input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias</p> <p><input type="checkbox"/> Cálculos renales</p> <p><input type="checkbox"/> Problema de próstata</p> <p><u>Sistema endocrino</u></p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes (tipo I o II)</p> <p><input type="checkbox"/> Tiroides (niveles altos o bajos)</p> <p><input type="checkbox"/> Suprarrenal</p> <p><u>Cáncer</u></p> <p><input type="checkbox"/> Tumor sólido (localizado)</p> <p><input type="checkbox"/> Tumor sólido (metastásico)</p> <p><input type="checkbox"/> Leucemia</p> <p><input type="checkbox"/> Linfoma</p> <p><input type="checkbox"/> Tipo _____</p>	<p><u>Neurología</u></p> <p><input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/ACV</p> <p><input type="checkbox"/> Migraña</p> <p><input type="checkbox"/> Convulsiones</p> <p><input type="checkbox"/> Demencia/pérdida de la memoria</p> <p><input type="checkbox"/> AIT(ataque isquémico transitorio)</p> <p><u>Salud mental</u></p> <p><input type="checkbox"/> Depresión</p> <p><input type="checkbox"/> Ansiedad</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno bipolar</p> <p><input type="checkbox"/> Suicida</p> <p><u>Enfermedades infecciosas</u></p> <p><input type="checkbox"/> VIH/SIDA</p> <p><input type="checkbox"/> Hepatitis</p> <p><u>Otra</u></p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de la vista</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas auditivos</p> <p><input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias</p> <p><input type="checkbox"/> Trasplante de órgano</p> <p><input type="checkbox"/> Otra _____</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguna</p>
--	---	--

¿Hay alguna otra afección médica que haya tenido en los últimos 5 años?

Sí No

Enumere las afecciones médicas que ha tenido en los últimos 5 años y cuándo las tuvo:

¿Toma sus medicamentos según lo recetado?

Sí No

Enumere los medicamentos que le han recetado junto con sus dosis y frecuencia:

Si no toma sus medicamentos según lo prescrito, ¿qué le impide hacerlo?

Enumere otros medicamentos que tomó en los últimos 5 años, para qué eran y cuál fue el resultado:

97678-22

¿Qué tipo de equipos o servicios utiliza?

Equipo

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas / andador / bastón / escúter | <input type="checkbox"/> Monitor de glucosa | <input type="checkbox"/> Silla para baño |
| <input type="checkbox"/> C-PAP | <input type="checkbox"/> Oxígeno | <input type="checkbox"/> Elevador Hoyer |
| <input type="checkbox"/> Inodoro elevado | <input type="checkbox"/> Cama de hospital | <input type="checkbox"/> Audífono(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Anteojos/lentes de contacto | |

Su atención médica en los últimos 6 meses

¿Con qué otros proveedores se atiende además de su proveedor de atención primaria?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cardiólogo | <input type="checkbox"/> Endocrinólogo | <input type="checkbox"/> Ginecólogo |
| <input type="checkbox"/> Médico de la vista | <input type="checkbox"/> Dentista | <input type="checkbox"/> Salud conductual |
| <input type="checkbox"/> Médico de los pies | <input type="checkbox"/> Neurólogo | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha estado en los siguientes lugares?

- Sala de emergencias: _____ veces
- Hospital o centro durante la noche: _____ veces

¿Ha tenido alguna hospitalización o procedimiento importante en los últimos 5 años?

- Sí No En caso afirmativo, enumere:

Exámenes de salud y vacunas en los últimos 5 años

Si es el caso, ¿cuándo fue la última vez que se sometió a alguna de las siguientes evaluaciones y quién fue su proveedor? (Mes/año)

- Examen de detección de cáncer de mama (mamografía) _____ Proveedor: _____
- Examen de detección del cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou) _____
Proveedor: _____
- Prueba de detección de cáncer de colon (colonoscopia, sigmoidoscopia o prueba inmunoquímica fecal): _____ Proveedor: _____
- Próstata: _____ Proveedor: _____

¿Qué tan seguro se siente al completar formularios médicos por sí mismo?

- Mucho Bastante Algo Un poco En absoluto Prefiero no responder

¿Cuándo fue la última vez que le administraron alguna de las siguientes vacunas?

- Neumonía: _____
- Gripe: _____
- COVID: _____
- Herpes zóster: _____

¿Tiene una directiva anticipada? (Un documento que dice cómo quiere que se le brinde la atención médica)

- Sí No

Enumere el tipo de directivas avanzadas que tiene:

¿Tiene alguna inquietud de salud específica con la que su equipo del plan de salud pueda ayudarlo?

- Sí No

En caso afirmativo, enumere sus inquietudes de salud específicas: _____

Consumo de sustancias

¿Ha consumido alguna vez tabaco, incluido el vapeo?

Tabaco fumado/masticado: Sí No

¿Le interesaría dejar de consumir tabaco dentro del próximo mes?

Sí No No estoy seguro

En los últimos 7 días, ¿cuántos días bebió alcohol?

_____ días

Los días que tomó alcohol, ¿con qué frecuencia tomó 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

Nunca Una vez por semana
 2 o 3 veces por semana Más de 3 veces por semana

¿Ha consumido alguna droga o algún medicamento recetado, por motivos no médicos?

Sí No

Salud emocional

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o desesperanzado?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer al hacer cosas?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso, ansioso o tenso?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no pudo dejar de preocuparse o controlar su preocupación?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

Línea telefónica de prevención del suicidio con atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana: Llame o envíe un mensaje de texto al 988

Dolor

En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor sintió? (Escala del 0 al 10)

Nada de dolor (0) Leve (de 1 a 3) Moderado (de 4 a 6) Severo (de 7 a 10)

Describa el dolor y dónde está localizado:

Alimentos

Durante los últimos 12 meses, ¿le preocupó la posibilidad de quedarse sin alimentos antes de obtener dinero para comprar más?

Sí No

Vivienda/servicios públicos

¿Tiene vivienda? (Propia, alquilada, apartamento, vive en casa de familiares/amigos)

Sí

No

Durante los últimos 12 meses, ¿usted o los miembros de su familia con los que vive no pudieron tener servicios públicos (calefacción, electricidad) cuando realmente los necesitaban?

Sí

No

Transporte

Durante los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, obtener sus medicamentos, asistir a citas o reuniones no médicas, trabajar u obtener cosas que necesitaba?

Sí

No

Fuentes basadas en la evidencia para la elaboración de la evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés): Colegio Estadounidense de Cardiología; Asociación Estadounidense de Diabetes: estándares para la atención de pacientes con diabetes; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés); Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS, por sus siglas en inglés); Instituto de Medicina (IOM, por sus siglas en inglés). Ingesta diaria recomendada (DRI, por sus siglas en inglés); directrices del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI, por sus siglas en inglés) para la salud del corazón [Directrices del Panel de Tratamiento de Adultos III (ATP III, por sus siglas en inglés)]; Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Pautas de actividad física para los estadounidenses; Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés). Pautas alimentarias para estadounidenses; Instituto Nacional de la Salud (NIH, por sus siglas en inglés). Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial; Colegio Estadounidense de Medicina Preventiva (ACPM, por sus siglas en inglés); criterios de la Sociedad Estadounidense de Medicina de la Adicción (ASAM, por sus siglas en inglés); Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, por sus siglas en inglés). En vigor desde 2021