

Evaluación de Riesgos Para la Salud



Health
Choice

Responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Sus respuestas no tendrán consecuencias en sus beneficios de Medicaid o Medicare. La información se tratará de manera confidencial y nos ayudará a conocer mejor sus necesidades de salud. Es posible que un administrador de atención médica revise su información y que esta se comparta con su médico de cabecera, la clínica de salud conductual o con otros miembros del equipo. Completar este formulario implica que usted acepta que se utilice para este fin.

IMPORTANTE:

Asegúrese de completar su nombre e identificación de miembro.
Esta información nos ayudará a saber quién es usted.

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección: _____

Médico de atención primaria: _____ Fecha: _____

Raza o etnia:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Negra/Afroamericana |
| <input type="checkbox"/> Caucásica | <input type="checkbox"/> Hispana/Latina |
| <input type="checkbox"/> Nativa americana/de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái o de otras islas 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"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Polaco |
| <input type="checkbox"/> Árabe | <input type="checkbox"/> Portugués |
| <input type="checkbox"/> Chino (incluye cantonés, mandarín) | <input type="checkbox"/> Ruso |
| <input type="checkbox"/> Francés | <input type="checkbox"/> Tagalo |
| <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Hindi | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| <input type="checkbox"/> Italiano | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Japonés | |

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

- Sí No Prefiero no responder

¿Cuáles son sus preferencias? _____

Información de contacto

¿Cómo preferiría que se lo contacte?

- Correo Teléfono Celular Mensaje de texto Correo electrónico

Indique su información de contacto: _____

Nivel de educación

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

- 8.º grado o menos Secundaria incompleta
 Graduado de la escuela secundaria o GED Universitario incompleto
 Graduado universitario Nivel superior a un título de grado universitario de 4 años
 Prefiero no responder

¿Qué afecciones médicas tiene? Seleccione todas las opciones que correspondan

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rinitis alérgica | <input type="checkbox"/> Terapia anticoagulante | <input type="checkbox"/> Ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Hipertrofia prostática benigna | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (activo) | <input type="checkbox"/> Cáncer - Leucemia | <input type="checkbox"/> Cáncer - Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Cáncer - Tumor sólido (localizado) | <input type="checkbox"/> Cáncer - Tumor sólido (metastásico) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica (moderada-grave) |
| <input type="checkbox"/> Dolor crónico | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema |
| <input type="checkbox"/> COVID-19 | <input type="checkbox"/> ACV con hemiplejía | <input type="checkbox"/> Demencia |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes - Sin complicaciones | <input type="checkbox"/> Diabetes - Daños en los órganos afectados |
| <input type="checkbox"/> Diálisis | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal en etapa terminal | <input type="checkbox"/> Riesgo de caídas |
| <input type="checkbox"/> Gota | <input type="checkbox"/> Dolores de cabeza | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca | <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Oxígeno en casa | <input type="checkbox"/> Hipotiroidismo |
| <input type="checkbox"/> Dolores articulares | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (moderada-grave) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (leve) | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (moderada-severa) | |
| <input type="checkbox"/> Malestar y fatiga | <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Enfermedad neurológica |
| <input type="checkbox"/> Uso de narcóticos | <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Esofagitis por reflujo |
| <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Apnea del sueño | <input type="checkbox"/> Problemas de sueño | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Ataque isquémico transitorio (AIT) | <input type="checkbox"/> Infección de las vías urinarias | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | <input type="checkbox"/> Otra _____ |

Consumo de tabaco

En los últimos 30 días, ¿consumió tabaco?

Ha fumado: Sí No Prefiero no responder

Tabaco sin humo: Sí No Prefiero no responder

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

Sí No No estoy seguro Prefiero no responder

Consumo de alcohol

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

_____ Días Prefiero no responder

En los días que bebió alcohol, ¿cuántas veces bebió las siguientes cantidades?

- Hombres menores de 65 años: 5 bebidas alcohólicas o más en una ocasión
- Hombres de 65 años: 4 bebidas alcohólicas o más en una ocasión
- Mujeres de cualquier edad: 4 bebidas alcohólicas o más en una ocasión

Nunca Una vez por semana 2 o 3 veces por semana

Más de 3 veces por semana Prefiero no responder

¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con un conductor que ha bebido?

Sí No Prefiero no responder

Consumo de otras sustancias

¿Ha consumido alguna droga ilegal o algún medicamento que se adquiere con receta por motivos no médicos?

Sí No Prefiero no responder

Alimentación

En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de fruta o verduras comió generalmente por día?

(1 porción = 1 taza de verduras frescas, 1/2 taza de verduras cocidas o 1 pieza mediana de fruta.

1 taza = tamaño de una pelota de béisbol)

_____ Porciones por día Prefiero no responder

En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos ricos en fibra o integrales comió generalmente por día? (1 porción = 1 rebanada de pan 100 % integral, 1 taza de cereal integral o rico en fibra listo para consumir, 1/2 taza de cereal cocido, como avena, o 1/2 taza de arroz o pasta integral cocidos)

_____ Porciones por día Prefiero no responder

En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o de alto contenido de grasa comió generalmente por día? (algunos ejemplos: pollo frito, pescado frito, tocino, papas fritas, papitas fritas, chips de maíz, donas, aderezos cremosos para ensaladas y alimentos hechos con leche entera, crema, queso o mayonesa)

_____ Porciones por día Prefiero no responder

Alimentación

En los últimos 7 días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) consumió generalmente por día?

_____ Bebidas endulzadas con azúcar por día Prefiero no responder

¿Quiere cambiar sus hábitos de alimentación para estar más saludable?

- No me interesa Sí, pero no en este momento Sí, estoy preparado
 Prefiero no responder

Depresión

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

¿Sus sentimientos le causaron tristeza o interfirieron con su capacidad de interactuar socialmente con su familia o amigos?

- Sí No Prefiero no responder

¿Consulta activamente a un proveedor de salud conductual?

- Sí No Prefiero no responder

En las últimas semanas, ¿deseó estar muerto?

- Sí No Prefiero no responder

En las últimas semanas, ¿sintió que usted o su familia estarían mejor si usted estuviera muerto?

- Sí No Prefiero no responder

Líneas telefónicas de prevención del suicidio:

Todos los días, las 24 horas, Red Nacional de Prevención del Suicidio: 1-800-273-TALK (8255).

En español: 1-888-628-9454 24/7 Línea de texto para crisis: envíe la palabra "HOME" al 741-741.

Ansiedad

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

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

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para dejar de preocuparse o controlar su preocupación?

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

Estrés alto

¿Con qué frecuencia el estrés es un problema que le dificulta controlar lo siguiente?

Su salud

Nunca o rara vez

A veces

A menudo

Siempre

Prefiero no responder

Sus finanzas

Nunca o rara vez

A veces

A menudo

Siempre

Prefiero no responder

Sus relaciones sociales o familiares

Nunca o rara vez

A veces

A menudo

Siempre

Prefiero no responder

Su trabajo

Nunca o rara vez

A veces

A menudo

Siempre

No trabajo/Retirado

Prefiero no responder

Apoyo social/emocional

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre

Por lo general

A veces

Rara vez

Nunca

Prefiero no responder

Dolor

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

Nada (0)

Leve (1-3)

Moderado (4-6)

Severo (7-10)

Prefiero no responder

Describa el dolor y dónde lo siente:

Salud general

En general, ¿cómo diría que es su salud?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Deficiente

Prefiero no responder

¿Cómo describiría el estado de su boca y sus dientes, incluidos los dientes postizos y las dentaduras postizas?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

Deficiente

Prefiero no responder

¿Está embarazada?

Sí

No

Desconozco

No aplica

Prefiero no responder

¿Con qué confianza tiene al completar los formularios médicos?

- | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Mucha | <input type="checkbox"/> Bastante | <input type="checkbox"/> Un poco |
| <input type="checkbox"/> Poca | <input type="checkbox"/> Nada | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Actividades de la vida diaria

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

- | | | |
|---|--|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Continencia | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Comer |
| <input type="checkbox"/> Acostarse y levantarse de la cama, sentarse o levantarse de la silla o de la silla de ruedas | | |
| <input type="checkbox"/> Bañarse o asearse | <input type="checkbox"/> Usar el baño | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <input type="checkbox"/> Ninguno: no necesita ayuda | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Actividades instrumentales de la vida diaria

En los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otras personas para alguna de las siguientes cuestiones?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Realizar actividades bancarias | <input type="checkbox"/> Preparar comida | <input type="checkbox"/> Realizar tareas domésticas |
| <input type="checkbox"/> Lavar la ropa | <input type="checkbox"/> Hacer las compras | <input type="checkbox"/> Tomar sus propios medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono | <input type="checkbox"/> Ninguno: no necesita ayuda |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |

Salud sexual

¿Usa protección, por ejemplo preservativos, cuando tiene relaciones sexuales?

- | | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|----------------------------------|--|

¿Toma medicamentos para tratar enfermedades de transmisión sexual?

Si los toma, ¿cuáles son? _____

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Necesidades sociales y de otro tipo

¿Es veterano de guerra?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Alimentos

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

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Durante los últimos 12 meses, ¿los alimentos que compró no le alcanzaron y no tuvo dinero para comprar más?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Vivienda/servicios públicos

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

Sí No Prefiero no responder

¿Le preocupa perder su vivienda?

Sí No Prefiero no responder

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

Sí No Prefiero no responder

Trabajo

Durante las últimas 4 semanas, ¿su capacidad para trabajar se vio afectada o no pudo participar de las actividades que disfruta por motivos de salud?

No Un poco Moderado
 Poco Mucho Prefiero no responder
 Retirado/No trabajo

Transporte

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

Sí No Prefiero no responder

Seguridad interpersonal

¿Se siente seguro a nivel físico y afectivo en el lugar donde vive actualmente?

Sí No Prefiero no responder

Durante los últimos 12 meses, ¿recibió golpes, bofetadas, patadas o algún otro tipo de violencia física por parte de otra persona?

Sí No Prefiero no responder

Durante los últimos 12 meses, ¿fue humillado o fue víctima de violencia emocional por parte de su pareja o expareja?

Sí No Prefiero no responder

¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando está en el auto?

Sí No Prefiero no responder

Sueño

¿Cuántas horas suele dormir por noche? _____ Prefiero no responder

¿Ronca o alguien le ha dicho que ronca?

Sí No Prefiero no responder

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia sintió sueño durante el día?

Siempre Por lo general A veces
 Rara vez Nunca Prefiero no responder

Presión arterial

Si se revisó la presión arterial el último año, ¿qué fue cuando se revisó por última vez?

- Bajo (120/80 o menos) Al límite (121/81 a 139/89) Alta (140/90 o más)
 No sabe/No está seguro Prefiero no responder

Colesterol

Si el colesterol se revisó el último año, ¿cuál fue el nivel de colesterol total en la última vez que se revisó?

- Indicado (menos de 200) Al límite, alto (200-239) Alto (240 o más)
 No sabe/No está seguro Prefiero no responder

Glucemia

Si le revisaron la glucemia, ¿cuál fue su nivel de glucosa en sangre (glucemia) en ayunas la última vez que se revisó?

- Indicado (menos de 100) Al límite, alto (100-125) Alto (126 o más)
 No sabe/No está seguro Prefiero no responder

Si es diabético, y usted ha tenido su nivel de hemoglobina A1c revisado en el último año, ¿que fue el nivel de la ultima vez que se reviso?

- Indicado (6 o menos) Al límite, alto (7) Alto (8 o más)
 No sabe/No está seguro No es diabético Prefiero no responder
 Tengo diabetes, pero no me hice análisis en el último año

Altura y peso

¿Cuál es su altura? _____ Prefiero no responder ¿Cuál es su peso? _____ Prefiero no responder

¿Quiere intentar conseguir un peso saludable?

- Tengo un peso saludable No me interesa Sí, pero no en este momento
 Sí, estoy preparado Prefiero no responder

Atención médica en los últimos 6 meses

¿Cómo se llama su médico de cabecera o su clínica principal? _____

Elija un número del 0 al 10 para calificar a su médico de cabecera o clínica principal (0 es la calificación más baja y 10 es la calificación más alta). Encierre el número que elija con un círculo.

Deficiente Normal Excelente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Prefiero no responder

¿Participa activamente en servicios ofrecidos por una residencia o clínica de salud conductual?

Sí No Prefiero no responder

¿Cómo se llama la residencia o clínica de salud conductual? _____

Elija un número del 0 al 10 para calificar la residencia o clínica de salud conductual (0 es la calificación más baja y 10 es la calificación más alta). Encierre el número que elija con un círculo.

Deficiente Normal Excelente
0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Prefiero no responder

En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces acudió a la sala de emergencias?

Ninguna 1 vez 2 o 3 veces
 4 o 5 veces 6 o más veces Prefiero no responder

En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces tuvo que pasar la noche (una noche o más) en un hospital?

Ninguna 1 vez 2 o 3 veces
 4 o 5 veces 6 o más veces Prefiero no responder

¿Ha tenido alguna hospitalización o procedimiento importante, como una cirugía, en los últimos 5 años?

Sí No No estoy seguro Prefiero no responder

¿Cuáles fueron sus hospitalizaciones/procedimientos, y por qué fueron?

¿Cuándo fueron estas hospitalizaciones/procedimientos anteriores?

¿Cuándo fue la última vez que se realizó una prueba de detección de cáncer de mama (mamografía)?

El año pasado Hace 2 o 4 años En los últimos 5 años
 Hace más de 5 años Nunca No aplica
 No recuerda cuándo Prefiero no responder

¿Cuándo fue la última vez que se sometió a una prueba de detección de cáncer de colon (colonoscopia, sigmoidoscopia o prueba inmunoquímica fecal)?

El año pasado Hace 2 o 4 años En los últimos 5 años
 Hace más de 5 años Nunca No aplica
 No recuerda cuándo Prefiero no responder

Atención médica en los últimos 6 meses

¿Cuándo fue la última vez que se sometió a una prueba de detección de cáncer de cuello uterino (prueba de Papanicolaou)?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> El año pasado | <input type="checkbox"/> Hace 2 o 4 años | <input type="checkbox"/> En los últimos 5 años |
| <input type="checkbox"/> Hace más de 5 años | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> No recuerda cuándo | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la neumonía?

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> El año pasado | <input type="checkbox"/> Hace 2 o 4 años | <input type="checkbox"/> En los últimos 5 años |
| <input type="checkbox"/> Hace más de 5 años | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> No aplica |
| <input type="checkbox"/> No recuerda cuándo | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

¿Se ha vacunado contra la gripe este año o planea hacerlo este año?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Se ha vacunado contra la COVID-19?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Ha recibido tratamiento con anticuerpos monoclonales? (solo administrado si es positivo para COVID-19)

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responde |
|-----------------------------|-----------------------------|---|

¿Tiene una directiva anticipada?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿De qué tipo?

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Testamento vital | <input type="checkbox"/> Poder de atención médica | <input type="checkbox"/> Poder notarial duradero |
| <input type="checkbox"/> Poder de salud mental | <input type="checkbox"/> MOLST/POLST | |
| <input type="checkbox"/> No estoy seguro de cuál | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |

¿Tiene algún problema de salud específico en el que su equipo del plan de salud pueda ayudarlo? El equipo de atención interdisciplinaria (ICT) es un componente importante de su programa de atención integrada. El ICT puede estar formado por usted, su proveedor, otro especialista, el administrador de cuidados, los miembros de la familia, el director médico y los profesionales de la salud del comportamiento, según sea necesario, para desarrollar su plan de cuidados. ¿Desea participar en el ICT?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responde |
|-----------------------------|-----------------------------|---|

Fuentes basadas en la evidencia para el desarrollo de la HRA: Colegio Americano de Cardiología; Asociación Americana de Diabetes: Estándares para la Atención de Pacientes con Diabetes; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS); Instituto de Medicina (IOM). Aportes nutricionales de referencia (DRI); directrices del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) para la salud del corazón (Directrices del Panel de Tratamiento de Adultos III (ATP III)); Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Directrices para la Actividad Física para los Estadounidenses; Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA). Directrices para los tratamientos nutricionales de los estadounidenses; Instituto Nacional de la Salud (NIH). Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial; American College of Preventive Medicine (ACPM); ASAM Criteria; SAMHSA. Válido a partir de 2019-2020