

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD



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 Medicaid/Medicare: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____

Médico de cabecera: _____ Fecha actual: _____

Raza o etnia:	
<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana
<input type="checkbox"/> Caucásica	<input type="checkbox"/> Hispana o latina
<input type="checkbox"/> Amerindia o nativa de Alaska	<input type="checkbox"/> Nativa hawaiana o isleña del pacífico
<input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Otra _____

¿Cuál es su idioma de preferencia?	
<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español
<input type="checkbox"/> Chino (incluye cantonés, mandarín)	<input type="checkbox"/> Francés
<input type="checkbox"/> Tagalo	<input type="checkbox"/> Vietnamita
<input type="checkbox"/> Coreano	<input type="checkbox"/> Alemán
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Ruso
<input type="checkbox"/> Italiano	<input type="checkbox"/> Portugués
<input type="checkbox"/> Hindi	<input type="checkbox"/> Polaco
<input type="checkbox"/> Japonés	<input type="checkbox"/> Otro

Información de contacto				
¿Cómo preferiría que se lo contacte?				
<input type="checkbox"/> Correo postal	<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Celular	<input type="checkbox"/> Mensaje de texto	<input type="checkbox"/> Correo electrónico
Indique su información de contacto: _____				

Nivel de educación

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

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos | <input type="checkbox"/> Educación secundaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> Educación secundaria completa o GED | <input type="checkbox"/> Educación universitaria incompleta |
| <input type="checkbox"/> Educación universitaria completa | <input type="checkbox"/> Nivel superior a un título de grado universitario de 4 años |

¿Qué afecciones médicas tiene o ha tenido antes? Seleccione todas las opciones que correspondan?

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias |
| <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Problemas auditivos | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano | <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | |

¿Qué medicamentos toma?

Actividad física

En los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo ejercicio?

_____ Días

Los días que hizo ejercicio, ¿cuánto tiempo le dedicó (en minutos)?

_____ Minutos/Día _____ N/C

¿Cuán intenso fue su ejercicio habitual?

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Leve (como estirarse o caminar lentamente) | <input type="checkbox"/> Moderado (como caminar rápidamente) |
| <input type="checkbox"/> Intenso (como trotar o nadar) | <input type="checkbox"/> Muy intenso (como correr rápidamente o subir escaleras) |
| <input type="checkbox"/> No hago ejercicio en este momento | |

¿Le interesa ser más activo físicamente?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> No me interesa | <input type="checkbox"/> Sí, pero no en este momento |
| <input type="checkbox"/> Sí, estoy listo | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Consumo de tabaco

En los últimos 30 días, ¿consumió tabaco?

- | | | | |
|------------------|-----------------------------|-----------------------------|--|
| Fumé: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
| Tabaco sin humo: | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | |

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

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

Consumo de alcohol

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

_____ Días

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
- De 2 a 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 fármaco que se adquiere con receta por motivos no médicos?

- Sí No Prefiero no responder

Alimentación

En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de frutas y vegetales comió normalmente por día?
(1 porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos o 1 fruta mediana.
1 taza = tamaño de una pelota de béisbol)

_____ Porciones por día

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

Alimentación

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 de copetín, chips de maíz, donas, aderezos cremosos para ensaladas y alimentos hechos con leche entera, crema, queso o mayonesa)

_____ Porciones por día

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

_____ ebidas endulzadas con azúcar por día

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

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

Depresión

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

- Casi todo el tiempo La mayor parte del tiempo Por momentos
 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 mayor parte del tiempo Por momentos
 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

En la última semana, ¿pensó en suicidarse?

- Sí No Prefiero no responder

Si su respuesta anterior es afirmativa:

¿Alguna vez intentó suicidarse?

- Sí No Prefiero no responder

En caso afirmativo, ¿cómo y cuándo?

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.

Todos los días, las 24 horas, número para mensajes de texto en casos de 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 mayor parte del tiempo Por momentos
 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 mayor parte del tiempo Por momentos
 Casi nunca Prefiero no responder

Estrés alto

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

Su salud

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca o rara vez | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Sus finanzas

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca o rara vez | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Sus relaciones sociales o familiares

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca o rara vez | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Su trabajo

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca o rara vez | <input type="checkbox"/> A veces | <input type="checkbox"/> Con frecuencia |
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Apoyo social/emocional

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

- | | | |
|-----------------------------------|---------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Generalmente | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Dolor

En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor sintió?

- | | | |
|--|---|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nada de dolor | <input type="checkbox"/> Un poco de dolor | <input type="checkbox"/> Mucho dolor |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |

Describa el dolor y dónde lo siente:

Salud general

En general, ¿cómo diría que es su salud?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy bueno | <input type="checkbox"/> Bueno |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Está embarazada?

- | | | |
|---|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> No corresponde | <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"/> Comer | <input type="checkbox"/> Asearse | <input type="checkbox"/> Bañarse |
| <input type="checkbox"/> Usar el baño | <input type="checkbox"/> Vestirse | <input type="checkbox"/> Caminar |
| <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"/> Lavar la ropa | <input type="checkbox"/> Realizar actividades bancarias | <input type="checkbox"/> Usar el teléfono |
| <input type="checkbox"/> Preparar comida | <input type="checkbox"/> Usar el transporte | <input type="checkbox"/> Tomar sus propios medicamentos |
| <input type="checkbox"/> Realizar tareas domésticas | <input type="checkbox"/> Hacer las compras | <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? En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

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

Necesidades sociales y de otro tipo

¿Es veterano de guerra?

Sí No

Alimentos

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

Sí No Prefiero no responder

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

Sí No Prefiero no responder

Vivienda/servicios públicos

¿Tiene vivienda?

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 los necesitaban de verdad?

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?

Para nada Un poco De manera moderada
 Bastante En gran medida Prefiero no responder

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? _____	
¿Ronca o alguien le ha dicho que ronca?	
<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia sintió sueño durante el día?	
<input type="checkbox"/> Siempre	<input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces
<input type="checkbox"/> Rara vez	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Presión arterial	
Si se controló la presión arterial el último año, ¿cuál fue el valor en el último control?	
<input type="checkbox"/> Baja (120/80 o inferior)	<input type="checkbox"/> Límite (de 120/80 a 139/89) <input type="checkbox"/> Alta (140/90 o superior)
<input type="checkbox"/> No lo sé/no estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Colesterol	
Si se controló el colesterol el último año, ¿cuál fue el nivel de colesterol total en el último control?	
<input type="checkbox"/> Deseable (inferior a 200)	<input type="checkbox"/> Límite (200-239) <input type="checkbox"/> Alto (240 o superior)
<input type="checkbox"/> No lo sé/no estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Glucemia	
Si se controló la glucemia, ¿cuál fue su nivel de glucosa en sangre (glucemia) en ayunas en el último control?	
<input type="checkbox"/> Deseable (inferior a 100)	<input type="checkbox"/> Límite (100-125) <input type="checkbox"/> Alto (126 o superior)
<input type="checkbox"/> No lo sé/no estoy seguro	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder
Si tiene diabetes y se controló la hemoglobina A1C el último año, ¿cuál fue el nivel en el último control?	
<input type="checkbox"/> Deseable (6 o inferior)	<input type="checkbox"/> Límite (7) <input type="checkbox"/> Alto (8 o superior)
<input type="checkbox"/> No lo sé/no estoy seguro	<input type="checkbox"/> No tengo diabetes <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
<input type="checkbox"/> Tengo diabetes pero no me hice análisis en el último año	
Altura y peso	
¿Cuál es su altura? _____	¿Cuál es su peso? _____
¿Quiere intentar conseguir un peso saludable?	
<input type="checkbox"/> Ya tengo un peso saludable	<input type="checkbox"/> No me interesa <input type="checkbox"/> Sí, pero no en este momento
<input type="checkbox"/> Sí, estoy listo	<input type="checkbox"/> Prefiero no responder

Atención médica en los últimos 6 meses

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

¿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

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

Sí No

¿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

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

Ninguna 1 a 3 veces 4 a 6 veces
 7 veces o más

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

Ninguna 1 a 3 veces 4 a 6 veces
 7 veces o más

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

Durante el último año En los últimos 2 a 4 años En los últimos 5 años
 Nunca No corresponde 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)?

Durante el último año En los últimos 2 a 4 años En los últimos 5 años
 Nunca No corresponde Prefiero no responder

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

Durante el último año En los últimos 2 a 4 años En los últimos 5 años
 Nunca No corresponde Prefiero no responder

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

Durante el último año En los últimos 2 a 4 años En los últimos 5 años
 Nunca No corresponde Prefiero no responder

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

Sí No

También puede pedir esta información en otros formatos, como audio, sistema Braille o en letra grande.