

Estimado(a) miembro:

Gracias por participar en la **Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) para la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)**. Sus respuestas le permitirán a su administrador de caso personalizar su plan de atención. Le aseguramos la confidencialidad y le instamos a ser lo más preciso posible.

SU NOMBRE COMPLETO:		N.º DE TELÉFONO CELULAR:	()
FECHA DE NACIMIENTO:		GÉNERO:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Otro _____
IDIOMA PREFERIDO:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro: _____		
RAZA O ETNIA:	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Hispánico <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Hawaiano <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Prefiero no responder.		
¿TIENE UN DIAGNÓSTICO DE ESRD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	TIPO DE DIÁLISIS:	<input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Peritoneal <input type="checkbox"/> Otro
NOMBRE DEL CENTRO DE DIÁLISIS:		TELÉFONO:	()
DIRECCIÓN			
TRATAMIENTOS DE DIÁLISIS	<input type="checkbox"/> 3 por semana?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
ACCESO:	¿Tiene dificultades para acceder al tratamiento, ya sea transporte o cualquier otro?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
DIETA PARA ESRD:	¿Tiene dificultades para mantener la dieta recomendada para la ESRD?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
HOSPITAL:	¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces? _____
Sala de emergencias:	¿Ha ido a la sala de emergencias en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuántas veces? _____
¿QUÉ OTRAS AFECCIONES DE SALUD TIENE?			
<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"/> Demencia <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problema de audición <input type="checkbox"/> Problema cardíaco <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Problema de visión Otro: _____			
EMOCIONES: EN EL PASADO, ¿Ha EXPERIMENTADO O ESTÁ EXPERIMENTANDO AHORA ALGUNO DE LOS SIGUIENTES? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA:			
<input type="checkbox"/> Pérdida de peso reciente e involuntaria <input type="checkbox"/> Sensación regular de agotamiento o fatiga <input type="checkbox"/> Disminución de la fuerza de agarre <input type="checkbox"/> Dificultad para caminar o subir escaleras <input type="checkbox"/> Se ha caído en el último año <input type="checkbox"/> Menor velocidad al caminar o menor actividad del médico.			
¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES OPCIONES SE APLICA A USTED? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.			
<input type="checkbox"/> Actividad física <input type="checkbox"/> veces por semana <input type="checkbox"/> Fumar o consumir tabaco <input type="checkbox"/> veces por semana <input type="checkbox"/> Consumir alcohol <input type="checkbox"/> veces por semana <input type="checkbox"/> Usar el cinturón de seguridad en automóviles <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿CUÁL DE LAS SIGUIENTES EMOCIONES HA EXPERIMENTADO EN LAS ÚLTIMAS DOS (2) SEMANAS? MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.			
<input type="checkbox"/> Sentimientos de tristeza o desesperanza <input type="checkbox"/> Sentimientos de enojo o rabia significativos <input type="checkbox"/> Sentimientos de estrés significativo <input type="checkbox"/> Sentimientos de soledad o aislamiento social			
APOYO: HAGA UNA LISTA DE CUALQUIER APOYO O RECURSO QUE LE AYUDE CON SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN DE LA ESRD O BIENESTAR. MARQUE TODO LO QUE CORRESPONDA.			
<input type="checkbox"/> Familia <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Asistencia en instalaciones residenciales <input type="checkbox"/> Recursos de la comunidad			

ADLS – ACTIVIDADES DE LA VIDA COTIDIANA	LAS PUEDO HACER POR MÍ MISMO	NECESITO UN POCO DE AYUDA	NECESITO MUCHA AYUDA
Baño			
Vestirse			
Comer			
Aseo			
Caminar			
Traslado (de la cama a la silla, etc.)			
¿Hay alguien que le ayude con lo anterior cuando lo necesite?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
IADLS – ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA COTIDIANA	LAS PUEDO HACER POR MÍ MISMO	NECESITO UN POCO DE AYUDA	NECESITO MUCHA AYUDA
Compras			
Preparación de alimentos			
Usar el teléfono			
Tareas domésticas			
Lavandería			
Tomar medicamentos			
Manejo de mis finanzas			
¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas o los medicamentos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien que le ayude con lo anterior cuando lo necesite?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
MEDICACIÓN Y ORIENTACIÓN DIETÉTICA:			
¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma? <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-6 <input type="checkbox"/> 7-10 <input type="checkbox"/> más de 10			
¿Tiene dificultades para comprender o cumplir con los medicamentos recetados?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades para recoger los medicamentos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
TRANSPORTE: EN EL ÚLTIMO AÑO, ¿LA FALTA DE TRANSPORTE LE HA HECHO PERDER ALGUNO DE LOS SIGUIENTES?			
¿Ha perdido citas médicas?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Citas no médicas perdidas?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prefiero no responder.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VACUNAS/INMUNIZACIONES: INDIQUE CUÁL HA RECIBIDO EN LOS ÚLTIMOS 12 MESES O DESEA RECIBIR.			
VACUNA CONTRA LA GRIPE: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todavía no, pero la quiero.		VACUNA CONTRA LA NEUMONÍA: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todavía no, pero la quiero.	
VACUNA DEL COVID en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Todavía no, pero lo quiero.			
OBJETIVOS Y PREFERENCIAS:			
¿Cuáles son sus principales objetivos personales para la atención de la ESRD y la salud en general?			
Especifique las preferencias de tratamiento, los deseos de coordinación de la atención o las decisiones sobre el final de la vida:			
Comparta cualquier otra información vital sobre sus necesidades de salud o atención:			

Utilice páginas adicionales si necesita más espacio.

Envíe por correo a: **Champion Health Plan, PO Box 15337, Long Beach, CA**

90815-9995

Información adicional:

[Empty box for additional information]