

Estimado miembro,
 Gracias por participar en la **Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)** para la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD). Sus aportes permitirán que nuestro administrador de casos del plan de salud MAPD personalice su plan de atención. Le aseguramos la confidencialidad y le instamos a ser lo más preciso posible.

INFORMACIÓN PERSONAL:

Fecha de hoy:

Nombre completo:			
Mejor número telefónico:			
Fecha de nacimiento:		Sexo:	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Otro
Identificación Medicare:			
Identificación Medicaid (Medi-Cal):			
Idioma preferido:	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Coreano <input type="checkbox"/> Tagalo <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Raza o etnia: (marque todas las que correspondan)	<input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Negro <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Hawaiano o de otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Prefiero no responder		

ESTADO DE ENFERMEDAD RENAL EN ETAPA TERMINAL (ESRD):

Fecha de diagnóstico de ESRD:			
¿Ha tenido un trasplante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si sí, fecha del trasplante:	
¿Está en una lista de espera para un riñón?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Está recibiendo actualmente tratamientos de diálisis?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, ¿Qué tipo de tratamiento de diálisis está recibiendo? <input type="checkbox"/> Hemodiálisis <input type="checkbox"/> Diálisis peritoneal <input type="checkbox"/> Otro: _____		
Nombre y dirección del centro de diálisis:			
Frecuencia del tratamiento de diálisis:	<input type="checkbox"/> veces por semana <input type="checkbox"/> Otro: _____		
¿Ha encontrado dificultades accediendo al tratamiento de diálisis (por ejemplo, transporte)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, detalles: _____		
¿Tiene dificultades manteniendo la dieta recomendada de ESRD?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, detalles: _____		

OTRO HISTORIAL MÉDICO/INFORMACIÓN:

¿Cuántas veces en el último año ha sido admitido al hospital?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Otro
¿Cuántas veces en el año pasado ha ido a una sala de emergencias?	<input type="checkbox"/> Ninguna <input type="checkbox"/> 1 vez <input type="checkbox"/> 2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces <input type="checkbox"/> Otro
Enumere cualquier condición médica que tenga (por ejemplo, hipertensión, diabetes):	
¿Tiene algún dolor?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Dónde es su dolor? _____
¿Qué tan severo es el dolor?	<input type="checkbox"/> Va y viene <input type="checkbox"/> Constante bajo <input type="checkbox"/> Constante medio <input type="checkbox"/> Constante alto <input type="checkbox"/> Muy alto previene el sueño
¿Cómo es su audición?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
Si es sordo, ¿tiene un intérprete de lengua de señas personal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita que Champion Insurance programe un intérprete de lengua de señas para que esté presente en sus citas médicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: _____ Si maneja, o alguien más maneja por usted, Champion va a reembolsar el dinero por gasolina (de acuerdo con los estándares del IRS).
¿Cómo es su visión?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo
¿Necesita información en letra grande?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Otro: _____
¿Ha ido al dentista en el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

INDICADORES DE FRAGILIDAD:

¿Ha experimentado o está experimentado alguno de los siguientes en el último año?

¿Pérdida de peso reciente no intencional?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sentimientos regulares de cansancio o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Pérdida de fuerza de agarre?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Problemas en caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Velocidad de caminata más lenta o actividad física reducida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna caída en el año pasado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

COMPORTAMIENTO:

Frecuencia

Actividad física	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veces por semana: _____
Fumar o uso del tabaco	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veces por semana: _____
Uso del alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veces por semana: _____
Sexo sin protección	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Veces por semana: _____
Usar cinturones de seguridad en carros	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Nunca
Evaluación de Seguridad en el Hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Se lo podemos proporcionar

SENTIMIENTOS EMOCIONALES/PSICOLÓGICOS:

Indique su respuesta a cada uno de los siguientes. Ha tenido...

¿Reducción del interés o placer en las actividades habituales en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sentimientos de tristeza o desesperanza en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sentimientos de enojo o furia significativa en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sentimientos de estrés significativo en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Sentimientos de soledad o aislamiento social en las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

SITUACIÓN DE VIVIENDA Y SOPORTE COMUNITARIO:

¿Cuál es su situación de vivienda hoy?

Tengo vivienda	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Me estoy quedando con otros en un hotel	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Me estoy quedando en un refugio	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Estoy viviendo afuera en la calle, en una playa, en un carro o en un parque	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted vive en una casa independiente, departamento, condominio, o casa móvil?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Sólo <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Pareja <input type="checkbox"/> Hijo <input type="checkbox"/> Otro	
¿Vive en una residencia de asistencia, un apartamento de asistencia, un hogar de cuidado o una casa de reposo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Enumere cualquier apoyo o recurso comunitario que esté ayudando en su atención o bienestar relacionado con la Enfermedad Renal en Etapa Terminal (ESRD):	
<hr/> <hr/> <hr/>	

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS)

Indique su nivel de autosuficiencia para:

	Puedo hacerlo solo	Necesito un poco de ayuda	No puedo hacerlo. Necesito ayuda significativa
Baños	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transferirse (por ejemplo, de la cama a una silla)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene a alguien que le ayude con lo anterior si necesita ayuda?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA (ADLS)

Indique su nivel de autosuficiencia para cada uno de lo siguiente:

	Puedo hacerlo solo	Necesito un poco de ayuda	No puedo hacerlo. Necesito ayuda significativa
Compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparación de comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tareas domésticas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavado de ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manejo de mis finanzas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
¿Tiene a alguien que le ayude con lo anterior si necesita ayuda?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultades para costear la atención médica o los medicamentos?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿A veces se queda sin dinero para pagar alimentos/alquiler/facturas/medicinas?			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

MEDICAMENTOS Y ORIENTACIÓN DIETÉTICA

¿Cuántas medicinas recetadas diferentes toma?	<input type="checkbox"/> 1 - 3 <input type="checkbox"/> 4 - 6 <input type="checkbox"/> 7 - 10 <input type="checkbox"/> más de 10 medicamentos diferentes
Challenges with understanding or adhering to medications prescribed?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, detalle: _____
Difficulty to pick up medication?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si sí, detalle: _____

NECESIDADES:

En el año pasado, ¿ha usted o algún familiar con quien viva sido incapaz de obtener alguno de los siguientes cuando realmente lo necesitaban? Marque todos los que apliquen:

Comida <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Servicios públicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Ropa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cuidado de niños <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Medicina o algún cuidado de salud que necesitaba (médico, dental, cuidado de salud mental, visión, audición, etc.)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Otro <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Elijo no responder estas preguntas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

En el año pasado, ¿la falta de transporte le ha causado faltar a una de las siguientes?:

Citas médicas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Citas no médicas, juntas, trabajo, o conseguir las cosas que necesito <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Elijo no responder estas preguntas <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

VACUNAS/INMUNIZACIONES:

¿Ha tenido esto en los últimos 12 meses?	Sí	No	Aún no pero lo quiero
Vacuna contra la gripe	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Neumonía	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
COVID	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

METAS Y PREFERENCIAS:

¿Cuáles son sus objetivos principales para el cuidado de la enfermedad renal en etapa terminal (ESRD) y para su salud general?

Especifique cualquier preferencia de tratamiento, deseos sobre la coordinación de la atención, o decisiones al final de la vida:

Comparta cualquier otra información vital acerca de su salud o necesidades de cuidado:



Gracias por su ayuda. Esta información es crucial para ofrecer una atención óptima adaptada a sus solicitudes y necesidades. Por favor, envíe este formulario completo a:

Champion Health Plan
PO Box 15337
Long Beach, CA 90815-9995

Si tiene alguna pregunta o necesita asistencia, por favor llame y solicite que su Gerente de Atención Personal le devuelva la llamada. Llame al **800-885-8000** o al **711 para TTY**. Pida hablar con el Equipo de Gestión de Atención.