

Gracias por participar en la Evaluación de riesgos para la salud (Health Risk Assessment, HRA) para la enfermedad renal en etapa terminal (End Stage Renal Disease, ESRD). Sus opiniones permitirán a nuestro administrador de casos del plan de salud MAPD personalizar su plan de atención. Le aseguramos la confidencialidad y le pedimos encarecidamente que responda con la mayor precisión posible.

Fecha actual: _____

INFORMACIÓN PERSONAL:

1. Nombre completo: _____

2. Número de teléfono al que prefiere que lo/la llamen: _____

3. Fecha de nacimiento: _____ Género: ☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otro

4. Identificación de Medicare: _____

5. Identificación de Medicaid (Medi-CAL): _____

6. Idioma preferido: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Vietnamita ☐ Chino ☐ Coreano

☐ Tagalo ☐ Otro: _____

7. Raza o grupo étnico: marque todas las opciones que correspondan. ☐ Blanco ☐ Negro
☐ Asiático ☐ Indígena

Americano o nativo de Alaska ☐ Hawaiano u originario de otra isla del Pacífico ☐ Hispano

☐ Otro _____: ☐ Prefiero no responder.

8. Altura: _____ (pies) _____ (pulgadas)

9. Peso: _____ (libras)

ESTADO DE LA ESRD:

10. Fecha de diagnóstico de la ESRD: _____

11. ¿Le realizaron un trasplante? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, indique la fecha del trasplante: _____

12. ¿Está en lista de espera para recibir un trasplante de riñón? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Actualmente recibe tratamiento de diálisis? ☐ Sí ☐ No

• Si la respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de tratamiento de diálisis recibe?

o Hemodiálisis

☐ En el centro

☐ Hemodiálisis a domicilio

o Diálisis peritoneal

☐ CCPD (diálisis peritoneal de ciclo continuo)

☐ CAPD (diálisis peritoneal ambulatoria continua)

o Otra: _____

14. Nombre y dirección del centro de diálisis: _____

15. Frecuencia del tratamiento de diálisis: ☐ 3 veces por semana ☐ Otra: _____

16. Tipo de acceso

☐ Catéter ☐ Fístula ☐ Injerto

17. ¿Ha tenido algún problema para recibir sus tratamientos de diálisis (p. ej., con el transporte)?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, brinde detalles: _____

18. ¿Tiene problemas para seguir la dieta recomendada para los riñones?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, brinde detalles: _____

OTRA INFORMACIÓN/ANTECEDENTES MÉDICOS:

19. ¿Cuántas veces fue hospitalizado en el último año?

☐ Ninguna ☐ Una ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Más

20. ¿Cuántas veces visitó la sala de emergencias en el último año?

☐ Ninguna ☐ Una ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Más

21. Enumere cualquier otra afección médica que tenga (p. ej., hipertensión, diabetes):

22. ¿Siente dolor? ☐ Sí ☐ No

23. ¿Dónde siente el dolor?_____

24. El dolor es:

☐ Agudo ☐ Apagado ☐ Persistente ☐ Con sensación de hormigueo
☐ Con sensación de ardor

25. ¿Cuál es el puntaje de su dolor?:

☐ Leve (1-3) ☐ Moderado (4-7) ☐ Severo (8-10)

26. ¿Qué tan severo es el dolor?:

☐ Va y viene ☐ Nivel bajo constante ☐ Nivel medio constante ☐ Nivel alto constante
☐ Nivel muy alto ☐ Impide que duerma

27. ¿Cómo está su audición?

☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

28. ¿Si tiene sordera, tiene un intérprete personal de lenguaje de señas? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita que Champion Insurance coordine para que un intérprete de señas esté presente en sus citas con el médico? ☐ Sí ☐ No ☐ Otra:_____

29. Si usted conduce un vehículo, o una persona conocida lo/la traslada en vehículo, Champion le reembolsará el dinero para el combustible (según los estándares del IRS).

30. ¿Cómo está su vista?

☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

31. ¿Necesita información impresa en letras grandes? ☐ Sí ☐ No

☐ ¿Otro formato?_____

32. ¿Recibe inyecciones para los ojos? ☐ Sí ☐ No

33. ¿Ha visitado al dentista en el último año? ☐ Sí ☐ No

INDICADORES DE FRAGILIDAD:

¿Tuvo o ha tenido alguno de los siguientes problemas en el último año?

34. ¿Pérdida reciente de peso involuntaria?	☐ Sí	☐ No
35. ¿Sensación frecuente de agotamiento o fatiga?	☐ Sí	☐ No
36. ¿Disminución en la fuerza de agarre?	☐ Sí	☐ No
37. ¿Problemas para caminar o subir escaleras?	☐ Sí	☐ No
38. ¿Camina más lento o tiene actividad física reducida?	☐ Sí	☐ No
39. ¿Tuvo caídas en el último año?	☐ Sí	☐ No

COMPORTAMIENTO:

			Frecuencia
40. ¿Realiza actividad física?	☐ Sí	☐ No	¿Cuántas veces por semana?:
41. ¿Fuma o consume tabaco?	☐ Sí	☐ No	¿Cuántas veces por semana?:
42. ¿Consume alcohol?	☐ Sí	☐ No	¿Cuántas veces por semana?:
43. ¿Ha tenido relaciones sexuales sin protección?	☐ Sí	☐ No	¿Cuántas veces por mes?:
44. ¿Usa el cinturón de seguridad cuando viaja en automóviles?	☐ Sí	☐ No	☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca
45. Evaluación de seguridad en el hogar	☐ Sí	☐ No	Podemos realizarla por usted.

SENTIMIENTOS POR EMOCIONES / CUESTIONES PSICOLÓGICAS:

Indique su respuesta para cada uno de los siguientes enunciados. ¿Tuvo...

46. menos interés/sintió menos placer al realizar las actividades habituales en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
47. sentimientos de tristeza o desesperanza en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
48. sentimientos de enojo o ira intensos en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
49. sentimientos de estrés intenso en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No
50. sentimientos de soledad o aislamiento social en las últimas dos semanas? ☐ Sí ☐ No

SITUACIÓN RESIDENCIAL Y APOYO DE LA COMUNIDAD:

¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?

51. Tengo vivienda.	☐ Sí	☐ No
52. Me alojo con otras personas en un hotel.	☐ Sí	☐ No
53. Me alojo en un refugio.	☐ Sí	☐ No
54. Vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque.	☐ Sí	☐ No
55. ¿Vive en una casa, departamento, condominio o casa móvil independiente? ☐ Solo ☐ Con un amigo ☐ Con mi cónyuge ☐ Con un/a hijo/a ☐ Otro	☐ Sí	☐ No
56. ¿Vive en una residencia/un departamento de vida asistida o una residencia de alojamiento y cuidado o asilo para ancianos?	☐ Sí	☐ No
57. Prefiero no responder a estas preguntas.	☐ Sí	☐ No

58. Enumere cualquier apoyo o recurso de la comunidad que lo/la ayude con la atención de la ESRD o su bienestar:

ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ACTIVITIES OF DAILY LIVING, ADLS):

Díganos cuánta ayuda necesita con cada una de las siguientes actividades:

59. Bañarse

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

60. Vestirse

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

61. Comer

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

62. Ir al baño

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

63. Aseo personal

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

64. Caminar

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

65. Trasladarse (por ejemplo, de la cama a una silla)

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

66. ¿Tiene a alguien que lo/la ayude con las actividades mencionadas si necesita ayuda?

- ☐ Sí ☐ No

ACTIVIDADES FUNDAMENTALES PARA LA VIDA DIARIA (INSTRUMENTAL ACTIVITIES OF DAILY LIVING, IADLS):

Díganos cuánta ayuda necesita con cada una de las siguientes actividades:

67. Compras

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

68. Preparación de alimentos

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

69. Usar el teléfono

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

70. Tareas domésticas

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

71. Lavar la ropa

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

72. Tomar medicamentos

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo/a ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

73. Manejo de las finanzas

- ☐ Puedo hacerlo por mí mismo ☐ Necesito un poco de ayuda ☐ No puedo hacerlo
☐ Necesito mucha ayuda

74. ¿Tiene a alguien que lo/la ayude con las actividades mencionadas si necesita ayuda?

- ☐ Sí ☐ No

75. ¿Tiene dificultades para costear la atención médica o los medicamentos?

- ☐ Sí ☐ No

76. ¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas o los medicamentos? ☐ Sí ☐ No

77. ¿Quién lo/la ayuda en casa con las tareas diarias, los tratamientos y las citas y cómo lo/la ayuda?_____

78. ¿Tiene a alguien a quien se le pague para ayudar a cuidarlo/la en casa, como un cuidador asignado a través de Servicios de apoyo a domicilio (In-Home Supportive Services, IHSS)? ☐ Sí ☐ No

79. ¿Hace ejercicios con regularidad?

- ☐ Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia?:_____
- ☐ Si la respuesta es negativa, ¿cuál es el motivo?_____

80. ¿Utiliza el portal para pacientes de su médico? ☐ Sí ☐ No

¿Por qué no?_____

81. ¿Tiene un plan anticipado de atención?

- ☐ Sí
- ☐ Directivas anticipadas sobre el tratamiento médico
 - ☐ Poder duradero para la atención médica
 - ☐ Orden de no resucitar (Do Not Resuscitate, DNR)
 - ☐ Órdenes del médico para tratamiento de soporte vital (Physician Orders for Life Sustaining Treatment, POLST)
 - ☐ No intubar (Do Not Intubate, DNI)
- ☐ No

MEDICAMENTOS Y ORIENTACIÓN CON LA DIETA

82. ¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma?:

☐ 1 - 3 ☐ 4 - 6 ☐ 7 - 10 ☐ Más de 10 medicamentos diferentes

83. ¿Tiene dificultades para comprender cómo tomar o tomar como corresponde los medicamentos recetados?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, brinde detalles: _____

84. ¿Tiene dificultades para retirar sus medicamentos?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es afirmativa, brinde detalles: _____

NECESIDADES:

En el último año, ¿usted o alguna persona que viva con usted tuvieron problemas para conseguir cualquiera de los siguientes elementos o servicios cuando realmente los necesitaban? Marque todas las opciones que correspondan:

85. Comida	☐ Sí	☐ No
86. Servicios públicos	☐ Sí	☐ No
87. Vestimenta	☐ Sí	☐ No
88. Cuidado infantil	☐ Sí	☐ No
89. Medicamentos o cualquier atención médica que usted necesitaba (médica, dental, atención de la salud mental, de la vista, de la audición, etc.).	☐ Sí	☐ No
90. Teléfono	☐ Sí	☐ No
91. Otro	☐ Sí	☐ No
92. Prefiero no responder a estas preguntas	☐ Sí	☐ No

En el último año, la falta de transporte hizo que no pudiera asistir a alguna de las siguientes actividades:

93. Citas médicas	☐ Sí	☐ No
94. Citas no médicas, reuniones, trabajo o impidió conseguir las cosas que necesito	☐ Sí	☐ No
95. Prefiero no responder a estas preguntas	☐ Sí	☐ No

VACUNACIONES/INMUNIZACIONES:

¿Recibió estas vacunas en los últimos 12 meses?

96. Vacuna antigripal	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo
97. Contra la neumonía	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo
98. Contra el COVID	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo

OBJETIVOS Y PREFERENCIAS:

99. ¿Cuáles son sus principales objetivos personales para la atención renal y su salud en general?

100. ¿Tiene algún deseo para su tratamiento, la forma en que se administra su atención o la atención para el final de la vida?:

101. Como cuidador, ¿cuál es su objetivo principal para su familiar o cliente?

COMENTARIOS ADICIONALES:

102. Comparta cualquier otra información esencial sobre su salud o necesidades de atención:

Gracias por su ayuda. Esta información es fundamental para brindar una atención óptima personalizada para atender sus solicitudes y necesidades. **Le pedimos que envíe este formulario completo a:**

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

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda, llámenos y solicite que su administrador de atención personal le devuelva la llamada. Llame al **1-800-885-8000** o al **711 para el servicio TTY**. Pregunte por el equipo de Administración de la Atención.