

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Esta información nos ayudará a comprender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con su(s) proveedor(es) de atención primaria. Dirija las preguntas que pueda tener sobre este formulario al 1-800-885-8000 o al 711 para TTY.

Fecha de hoy: _____

Información personal

Nombre: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono más conveniente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.º de identificación de Medicare: _____

N.º de identificación de Medicaid (Medi-CAL): _____

N.º de miembro del Champion Health Plan: _____

Persona que completa este formulario: _____

Relación con el miembro: _____

Derecho a consentir o rechazar

Yo Acepto/Participo o Rechazo/No participo de la Evaluación de riesgos de salud (HRA) de Champion Health Plan

Calificación de salud física

1. ¿Cuál es su altura? _____ (solo pulgadas)

2. ¿Cuál es su peso? _____ (libras)

3. ¿Le preocupa su salud? Sí No

4. ¿Siente que hace suficiente actividad física/ejercicio? Sí No

5. ¿Siente que su dieta favorece un estilo de vida saludable? Sí No

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

Actividades de la vida diaria

6. ¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes actividades?

Actividad	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	No puede hacerlo en absoluto
Bañarse	<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"/>
Levantarse de la cama o de la silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar su medicamento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Transporte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. ¿Dónde vive actualmente?

- Casa particular Centro de vida asistida Asilo para ancianos Hogar grupal
 Departamento Condominio Hogar de transición Parque de casas móviles
 Sin hogar Otro

8. Si necesita ayuda, ¿tiene alguien cerca o un cuidador que le ayude?

- Familia Amigo Vecino Cuidador Sin ayuda
 Prefiero no responder Otro

9. Equipo médico (marque todas las opciones que correspondan)

- Andador Silla de ruedas Cama de hospital Oxígeno Nebulizador
 Baño portátil Silla de ducha CPAP/BiPAP Otro

Factores sociales determinantes de la salud

10. ¿Hay algo que le impida tomar medidas para obtener la atención que necesita?

- Sí No N/A

En caso afirmativo, marque todas las que correspondan

- Transporte Costo de los servicios médicos Costo de los medicamentos
 Acceso a los servicios Apoyo a los cuidadores Diferencias lingüísticas
 Diferencias culturales Personas con dificultades auditivas Dificultades visuales
 Objeciones familiares Cuestiones sociales: discriminación/desconfianza
 Problemas de salud mental/desconfianza hacia algunas personas
 Violencia doméstica/abuso Maltrato a ancianos Otro

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

Historia clínica de salud y tratamiento

11. ¿Cuál es el nombre de su médico de atención primaria (PCP)? _____
-
12. ¿Necesita un PCP? Necesito un nuevo PCP No
13. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico de atención primaria?
 Menos de 6 meses Más de 6 meses 12 meses o más
14. ¿Cuántas veces fue usted ingresado al hospital o sala de emergencias en los últimos 12 meses? 0 1 vez 2 veces 3 veces Más de 3 veces
15. ¿Ha estado en un centro de atención posaguda (centro de enfermería especializada, rehabilitación o atención a largo plazo) en los últimos 12 meses? 0 1 vez
 2 veces 3 veces Más de 3 veces
16. Marque Sí o No e incluya el/los proveedor(es) tratante(s) para las siguientes condiciones:

Asma o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
EPOC o enfisema	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Dificultad para respirar o problemas respiratorios	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Cáidas frecuentes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoartritis	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Fractura reciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Parkinson/ELA/EM/Lupus	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Enfermedad mental grave	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Vista: Ceguera o dificultad para ver incluso si usa gafas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Audición: Sordera o dificultad para escuchar incluso si usa un audífono	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, dolor en el pecho o arterias bloqueadas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Problemas de circulación	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Hinchazón (tobillos o piernas)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Diabetes <input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2 <input type="checkbox"/> Prediabetes <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Úlcera de la piel, herida que no cicatriza, llagas	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Trasplante de órganos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Pérdida de memoria, demencia o Alzheimer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Incontinencia urinaria o problemas de control de la vejiga	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

Infecciones frecuentes del tracto urinario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Insuficiencia renal o enfermedad renal terminal (ERT)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Problemas intestinales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

Actividades de planificación de vida

17. ¿Tiene o necesita lo siguiente: Directiva anticipada de atención médica, como un testamento vital u órdenes médicas para tratamiento de soporte vital (POLST)?
- Yes No Necesito uno

Atención médica preventiva

18. ¿Se vacuna contra la gripe anualmente? Sí No
19. ¿Se ha vacunado contra Covid durante el año? Sí No
20. ¿Se ha realizado un examen o prueba de detección de cáncer de colon en los últimos 10 años? Sí No
21. ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años?
- Sí No N/A
22. ¿Se ha hecho una mamografía en los últimos 2 años? Sí No N/A
23. ¿Consume tabaco (fuma, mastica, inhala o en cualquier otra forma)? Sí No
24. ¿El consumo de alcohol interfiere con su vida personal o laboral? Sí No
25. ¿Frecuencia de dolor en la última semana?
- Sin dolor Dolor algunos días Dolor todos los días
26. ¿Medicamentos para el manejo del dolor u otras terapias? Sí No

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

Salud mental y conductual

27. Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha perturbado alguno de los siguientes sentimientos?

Sensación de depresión, decaimiento, falta de esperanza	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Poco interés/placer en hacer las cosas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Episodios de llanto	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Dificultad para dormir	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Nerviosismo / Ansiedad / Preocupación	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Agitación / Irritabilidad / Enojo	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
Pensamiento de hacerme daño a mí mismo o a otras personas	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días

28. ¿Los problemas de salud personales o familiares derivan en pérdida de trabajo o de actividades cotidianas?

Sí No No estoy seguro N/A

29. ¿Qué factores estresantes tiene en este momento (marque todas las opciones que correspondan)?

Relaciones Familia Niños Falta de apoyo social Ocupación
 Salud física general Finanzas Otro N/A

Necesidades culturales y lingüísticas

30. ¿Se identifica con alguna religión o tradición espiritual?

Ateísmo/Agnosticismo Budismo Catolicismo Cristianismo
 Ciencia cristiana Hinduismo Islam Testigo de Jehová Judaísmo
 Mormón Otro Ninguno/No religioso Prefiero no responder

31. ¿Cuál es su idioma principal?

Inglés Español Chino Criollo francés Coreano Vietnamita
 Tagalo Prefiero no responder Otro

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) (Cont.)

32. ¿Cómo describe su grupo étnico?

- Blanco o caucásico Negro o afroamericano Hispano/Latino
 Indígena americano/Nativo de Alaska Asiático
 Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái Desconocido
 Prefiero no responder Otro

Demografía

33. ¿Con qué género se identifica?

- Masculino Femenino Intersexual Transgénero No conforme
 Personal Eunuco Prefiero no responder Otro _____

34. ¿Con quién vive actualmente?

- Solo Con hijo(s) Con familia extendida Con amigo(s) Con padre(s)
 Con compañero(s) de cuarto Con hermano(s) Con cónyuge/pareja
 Otro _____

Vivienda

35. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas (marque todas las opciones que correspondan)?

- Insectos Roedores Plomo/Amianto Moho Problemas eléctricos
 Problemas de calefacción Problemas de agua La casa no es segura
 No hay problemas Otro _____

36. ¿Tiene acceso a Internet (marque todas las opciones que correspondan)?

- Computadora Teléfono Tablet Otro _____

Metas personales

37. ¿Cuál es su objetivo principal para su salud en general? _____

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

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

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