

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Gracias por participar en la Evaluación de Riesgos de Salud (HRA). Su información permitirá que nuestro administrador de casos del plan de salud MAPD personalice su plan de atención. Le garantizamos confidencialidad y le pedimos que sea lo más preciso posible.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

### INFORMACIÓN PERSONAL:

1. Nombre completo: \_\_\_\_\_

2. Número de teléfono más conveniente: \_\_\_\_\_

3. Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

4. Género:  Femenino;  Masculino;  Otro

5. Identificación de Medicare: \_\_\_\_\_

6. Identificación de Medicaid (Medi-CAL): \_\_\_\_\_

7. Idioma de preferencia:  Inglés;  Español;  Vietnamita;  Chino;  Coreano

Tagalo;  Otro: \_\_\_\_\_

8. Raza o grupo étnico: marque todas las opciones que correspondan  Blanco;  Negro;  Asiático;  Indígena americano/nativo de Alaska;  Hawaiano o de otras islas del Pacífico;  Hispano;

Otro: \_\_\_\_\_  Prefiero no responder.

9. Altura: \_\_\_\_\_ (pies) \_\_\_\_\_ (pulgadas)

10. Peso: \_\_\_\_\_ (libras)

### ESTADO DE ENFERMEDAD RENAL TERMINAL (ERT):

Responda las preguntas 10 a 20 únicamente si le han diagnosticado ERT.

11. Fecha de diagnóstico de ERT: \_\_\_\_\_

12. ¿Le han hecho un trasplante?  Sí  No En caso afirmativo, fecha del trasplante: \_\_\_\_\_

13. ¿Está usted en una lista de espera para recibir un trasplante de riñón?  Sí  No

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

14. ¿Recibe actualmente tratamientos de diálisis?  Sí  No

• En caso afirmativo, ¿qué tipo de tratamientos de diálisis está recibiendo?

o Hemodiálisis

En el centro

Hemodiálisis domiciliaria

o Diálisis peritoneal

Diálisis peritoneal cíclica continua (CCPD)

Diálisis peritoneal ambulatoria continua (CAPD)

o Otro: \_\_\_\_\_

15. Nombre y dirección del centro de diálisis: \_\_\_\_\_

16. Frecuencia del tratamiento de diálisis:  3 veces por semana;  Otro: \_\_\_\_\_

17. Tipo de acceso

Catéter  Fístula  Injerto

18. ¿Ha tenido algún problema para ir a sus tratamientos de diálisis?  
(por ejemplo, con el transporte?)

Sí  No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

19. ¿Tiene problemas para seguir su dieta recomendada para los riñones?

Sí  No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

### ANTECEDENTES MÉDICOS/OTRA INFORMACIÓN:

20. ¿Cuántas veces estuvo hospitalizado/a en el último año?

Ninguna vez  Una vez  Dos veces  Tres veces  Más

21. ¿Cuántas veces fue a la sala de emergencias en el último año?

Ninguna  Una  Dos veces  Tres veces  Más

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

**22.** Enumere cualquier otro problema de salud que tenga (marque todas las opciones que correspondan):

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma o bronquitis crónica  | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)                     |
| <input type="checkbox"/> Problemas intestinales   | <input type="checkbox"/> EPOC o enfisema   |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Depresión   |
| <input type="checkbox"/> Problemas de circulación   |  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes:<br><input type="checkbox"/> Tipo 1 <input type="checkbox"/> Tipo 2<br><input type="checkbox"/> Prediabetes <input type="checkbox"/> Diabetes gestacional |  |
| <input type="checkbox"/> Audición: sordera o dificultad para escuchar incluso si usa un audífono  | <input type="checkbox"/> Vista: ¿ceguera o dificultad para ver incluso si usa gafas? |
| <input type="checkbox"/> Caídas frecuentes  | <input type="checkbox"/> Infecciones frecuentes del tracto urinario                  |
| <input type="checkbox"/> Hipertensión   | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA  |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia renal o enfermedad renal terminal (ERT)  | <input type="checkbox"/> Pérdida de memoria, demencia o Alzheimer                    |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos  | <input type="checkbox"/> Osteoartritis   |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis   | <input type="checkbox"/> Parkinson/ELA/EM/Lupus                                      |
| <input type="checkbox"/> Fractura reciente  | <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave                                     |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para respirar o problemas respiratorios   | <input type="checkbox"/> Úlcera de la piel, herida que no cicatriza, llagas          |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular, ataque cardíaco, dolor en el pecho o arterias bloqueadas  | <input type="checkbox"/> Hinchazón (tobillos o piernas)                              |
| <input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria o problemas de control de la vejiga   | Otro:<br>_____<br>_____  |

**23.** ¿Siente dolor?    Sí    No

**24.** ¿Dónde siente dolor? \_\_\_\_\_

**25.** El dolor es:

- Agudo    Latente    Persistente    Con sensación de hormigueo  
 Con sensación de ardor

**26.** ¿Cuál es su nivel de dolor?

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

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

27. ¿Cuál es la intensidad del dolor?

- Va y viene   
  Bajo pero constante   
  Medio pero constante   
  Alto pero constante  
 Muy alto   
  No me deja dormir

28. ¿Cómo está su audición?

- Excelente   
  Muy bien   
  Bien   
  Regular   
  Mal

29. 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     Otro: \_\_\_\_\_

30. 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).

31. ¿Cómo está su vista?

- Excelente   
  Muy bien   
  Bien   
  Regular   
  Mal

32. ¿Necesita información impresa en letras grandes?     Sí     No     Otro: \_\_\_\_\_

33. ¿Recibe inyecciones en los ojos?     Sí     No

34. ¿Has ido al dentista en el último año?     Sí     No

### INDICADORES DE FRAGILIDAD:

¿Ha tenido o está teniendo alguno de estos síntomas en el último año?

35. ¿Pérdida reciente de peso involuntaria?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
36. ¿Sensación frecuente de agotamiento o fatiga?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
37. ¿Disminución en la fuerza de agarre?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
38. ¿Problemas para caminar o subir escaleras?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
39. ¿Camina más lento o hace menos actividad física?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
40. ¿Se ha caído en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

### COMPORTAMIENTO:

			<b>Frecuencia</b>
<b>41.</b> Actividad física	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
<b>42.</b> Fumar o consumir tabaco	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
<b>43.</b> Consumo de alcohol	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia semanal:
<b>44.</b> Relaciones sexuales sin protección	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Frecuencia mensual:
<b>45.</b> Usar cinturón de seguridad en los automóviles	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Siempre; <input type="checkbox"/> A veces; <input type="checkbox"/> Nunca
<b>46.</b> Evaluación de seguridad en el hogar	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Podemos hacerle una.

### SENTIMIENTOS POR EMOCIONES / CUESTIONES PSICOLÓGICAS:

Indique su respuesta para cada uno de estos enunciados: ¿Tuvo...

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

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

### SITUACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO DE LA COMUNIDAD:

¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?

<b>52.</b> Tengo vivienda	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>53.</b> Me alojo con otras personas en un hotel.	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>54.</b> Me alojo en un refugio	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>55.</b> Vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>56.</b> ¿Vive en una casa, departamento, condominio o casa rodante independiente? <input type="checkbox"/> Solo; <input type="checkbox"/> Con un amigo; <input type="checkbox"/> Con mi cónyuge; <input type="checkbox"/> Con un niño/a <input type="checkbox"/> Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>57.</b> Vive en un centro/departamento de vida asistida o una residencia de alojamiento y cuidado o asilo para ancianos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
<b>58.</b> Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

**59.** Enumere cualquier apoyo o recurso de la comunidad que le ayude con la atención de la ERT o su bienestar:

---



---

### ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (ADLS):

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

**60.** Bañarse

- Puedo hacerlo solo/a    Necesito un poco de ayuda    No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

**61.** Vestirse

- Puedo hacerlo solo/a    Necesito un poco de ayuda    No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

**62.** Comer

- Puedo hacerlo solo/a    Necesito un poco de ayuda    No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

**63.** Ir al baño

- Puedo hacerlo solo/a    Necesito un poco de ayuda    No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

**64.** Aseo personal

- Puedo hacerlo solo/a    Necesito un poco de ayuda    No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

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

### 65. Caminar

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

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

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

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

- Sí  No

### ACTIVIDADES FUNDAMENTALES PARA LA VIDA DIARIA (IADLS):

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

### 68. Compras

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 69. Preparación de alimentos

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 70. Usar el teléfono

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 71. Tareas domésticas

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 72. Lavar la ropa

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 73. Tomar medicamentos

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

### 74. Manejo de las finanzas

- Puedo hacerlo solo/a  Necesito un poco de ayuda  No puedo hacerlo  
 Necesito mucha ayuda

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

- Sí  No

### 76. ¿Tiene dificultades para pagar la atención médica o los medicamentos? Sí No

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

### 78. ¿Quién le ayuda en casa con las tareas diarias, los tratamientos y las citas, y cómo le ayudan? \_\_\_\_\_

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

79. ¿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 (IHSS)?  Sí  No

80. ¿Hace ejercicio con regularidad?

Si la respuesta es afirmativa, ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es negativa, ¿cuál es el motivo?: \_\_\_\_\_

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

¿Por qué no? \_\_\_\_\_

82. ¿Tiene un plan anticipado de atención?

Sí

Testamento vital

Poder notarial duradero para la atención médica

Orden de no resucitar (DNR)

denes del médico para tratamiento de soporte vital (POLST)

No intubar (DNI)

No

### MEDICAMENTOS Y ORIENTACIÓN CON LA DIETA

83. ¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma?

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

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

Sí  No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

85. ¿Tiene dificultades para retirar sus medicamentos?

Sí  No En caso afirmativo, brinde detalles: \_\_\_\_\_

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

### 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:

86. Comida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
87. Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
88. Vestimenta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
89. Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
90. Medicamentos o cualquier atención médica que usted necesitaba (médica, dental, atención de la salud mental, de la vista, de la audición, etc.).	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
91. Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
92. Otro	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
93. Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

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

94. Citas médicas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
95. Citas no médicas, reuniones, trabajo o impidió conseguir las cosas que necesito	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
96. Prefiero no responder estas preguntas	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

### VACUNAS / INMUNIZACIONES:

¿Recibió estas vacunas en los últimos 12 meses?

97. Vacuna antigripal	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.
98. Contra la neumonía	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.
99. Contra el COVID-19	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Todavía no, pero quiero hacerlo.

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

### OBJETIVOS Y PREFERENCIAS:

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

---

---

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

---

---

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

---

---

### COMENTARIOS ADICIONALES:

**103.** 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 pedidos 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 pida 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.