

**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)
de los planes Champion Advantage, Connect and Select**

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)
de los planes Champion Advantage, Connect and Select**

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)
de los planes Champion Advantage, Connect and Select**

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

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

_____ |

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) de los planes Champion Advantage, Connect and Select

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?	☐ Sí	☐ No
36. ¿Sensación frecuente de agotamiento o fatiga?	☐ Sí	☐ No
37. ¿Disminución en la fuerza de agarre?	☐ Sí	☐ No
38. ¿Problemas para caminar o subir escaleras?	☐ Sí	☐ No
39. ¿Camina más lento o hace menos actividad física?	☐ Sí	☐ No
40. ¿Se ha caído en el último año?	☐ Sí	☐ No

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de los planes Champion Advantage, Connect and Select

COMPORTAMIENTO:

			Frecuencia
41. Actividad física	☐ Sí	☐ No	Frecuencia semanal:
42. Fumar o consumir tabaco	☐ Sí	☐ No	Frecuencia semanal:
43. Consumo de alcohol	☐ Sí	☐ No	Frecuencia semanal:
44. Relaciones sexuales sin protección	☐ Sí	☐ No	Frecuencia mensual:
45. Usar cinturón de seguridad en los automóviles	☐ Sí	☐ No	☐ Siempre; ☐ A veces; ☐ Nunca
46. Evaluación de seguridad en el hogar	☐ Sí	☐ 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) de los planes Champion Advantage, Connect and Select

SITUACIÓN DE VIVIENDA Y APOYO DE LA COMUNIDAD:

¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?

52. Tengo vivienda	☐ Sí	☐ No
53. Me alojo con otras personas en un hotel.	☐ Sí	☐ No
54. Me alojo en un refugio	☐ Sí	☐ No
55. Vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque	☐ Sí	☐ No
56. ¿Vive en una casa, departamento, condominio o casa rodante independiente? ☐ Solo; ☐ Con un amigo; ☐ Con mi cónyuge; ☐ Con un niño/a ☐ Otro	☐ Sí	☐ No
57. Vive en un centro/departamento de vida asistida o una residencia de alojamiento y cuidado o asilo para ancianos?	☐ Sí	☐ No
58. Prefiero no responder estas preguntas	☐ Sí	☐ 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)
de los planes Champion Advantage, Connect and Select****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)
de los planes Champion Advantage, Connect and Select**

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) de los planes Champion Advantage, Connect and Select

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

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

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

VACUNAS / INMUNIZACIONES:

¿Recibió estas vacunas en los últimos 12 meses?

97. Vacuna antigripal	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo.
98. Contra la neumonía	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo.
99. Contra el COVID-19	☐ Sí	☐ No	☐ Todavía no, pero quiero hacerlo.

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de los planes Champion Advantage, Connect and Select

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.