

**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA)
de los planes Champion Ally, Care and Choice**

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) de los planes Champion Ally, Care and Choice

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	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐
Levantarse de la cama o de la silla	☐	☐	☐
Preparar comidas	☐	☐	☐
Tomar su medicamento	☐	☐	☐
Ir al baño	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐
Transporte	☐	☐	☐

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) de los planes Champion Ally, Care and Choice

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	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
EPOC o enfisema	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Dificultad para respirar o problemas respiratorios	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Caídas frecuentes	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoporosis	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Osteoartritis	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Fractura reciente	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Parkinson/ELA/EM/Lupus	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Cáncer	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
VIH/SIDA	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de los planes Champion Ally, Care and Choice

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

Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de los planes Champion Ally, Care and Choice

Infecciones frecuentes del tracto urinario	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Insuficiencia renal o enfermedad renal terminal (ERT)	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Problemas intestinales	☐ Sí ☐ No	En caso afirmativo, nombre del proveedor:
Otro	☐ Sí ☐ 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) de los planes Champion Ally, Care and Choice

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	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Poco interés/placer en hacer las cosas	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Episodios de llanto	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Dificultad para dormir	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Nerviosismo / Ansiedad / Preocupación	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Agitación / Irritabilidad / Enojo	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ Casi todos los días
Pensamiento de hacerme daño a mí mismo o a otras personas	☐ Nunca ☐ Varios días ☐ Más de la mitad de los días ☐ 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)
de los planes Champion Ally, Care and Choice**

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