

**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus**

Esta información nos ayudará a comprender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con sus proveedores de atención primaria. Dirija sus preguntas sobre este formulario al 1-800-885-8000 o al 711 para TTY.

Fecha actual: \_\_\_\_\_

**Datos personales**

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección (ciudad/estado/código postal): \_\_\_\_\_

Mejor número de teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Identificación de Medicare: \_\_\_\_\_

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

Identificación de afiliado de Champion Health Plan: \_\_\_\_\_

Persona que completa este formulario: \_\_\_\_\_

Relación con el miembro: \_\_\_\_\_

Derecho a otorgar o rechazar el consentimiento Yo ☐ Acepto/Opto por participar  
☐ Rechazo/Opto por no participar en la Evaluación de riesgos para la salud (HRA)  
de Champion Health Plan.

**Calificación de la salud física**

1. ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ (solo pulgadas)
2. ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ (libras)
3. ¿Le preocupa su salud? ☐ Sí ☐ No
4. ¿Considera que hace suficiente actividad física o ejercicio? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Considera que su dieta contribuye a un estilo de vida saludable? ☐ Sí ☐ No

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

### Actividades de la vida cotidiana

6. ¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes actividades?

| Actividad                           | No necesito ayuda        | Necesito ayuda           | No puedo hacerla         |
|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Baño                                | <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 las comidas                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Tomar los medicamentos              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Usar el 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?

- ☐ Vivienda participar   ☐ Vivienda asistida   ☐ Asilo de ancianos   ☐ Hogar grupal  
☐ Apartamento   ☐ Condominio   ☐ Casa de transición  
☐ Parque de casas móviles/remolques   ☐ Sin hogar   ☐ Otro

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

- ☐ Familia   ☐ Amigo   ☐ Vecino   ☐ Cuidador   ☐ No tengo ayuda  
☐ Prefiero no responder   ☐ Otro

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

- ☐ Andador   ☐ Silla de ruedas   ☐ Cama de hospital   ☐ Oxígeno   ☐ Nebulizador  
☐ Inodoro portátil   ☐ Silla para ducha   ☐ CPAP/BiPAP   ☐ Otro

### Determinantes sociales 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 opciones que correspondan.

- ☐ Transporte   ☐ Costo de los servicios médicos   ☐ Costo de los medicamentos  
☐ Acceso a los servicios   ☐ Apoyo de un cuidador   ☐ Diferencias lingüísticas  
☐ Diferencias culturales   ☐ Dificultades auditivas   ☐ Dificultades visuales  
☐ Objeciones familiares   ☐ Cuestiones sociales: discriminación/desconfianza  
☐ Problemas de salud mental/desconfianza en algunas personas  
☐ Violencia doméstica/abuso   ☐ Abuso de ancianos   ☐ Otro

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

### Antecedentes clínicos de salud y tratamiento

11. ¿Cómo se llama su médico de atención primaria (PCP)? \_\_\_\_\_
12. ¿Necesita un PCP? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a su médico de atención primaria?  
☐ Menos de 6 meses ☐ Más de 6 meses ☐ 12 meses o más
14. ¿Necesita un psiquiatra? ☐ Sí ☐ No
15. ¿Cuándo vio por última vez a su psiquiatra? ☐ Menos de 6 meses  
☐ Más de 6 meses ☐ 12 meses o más
16. ¿Cuántas veces ingresó a un hospital o a una sala de emergencias en los últimos 12 meses? ☐ 0 ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Más de 3 veces
17. ¿Ha recibido atención en un centro de cuidados posagudos (enfermería especializada, rehabilitación o atención a largo plazo) en los últimos 12 meses? ☐ 0 ☐ 1 vez  
☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Más de 3 veces
18. Marque **Sí** o **No** e incluya a los proveedores tratantes para las siguientes afecciones:

|                                            |                                                         |                                                |
|--------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Asma o bronquitis crónica                  | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| EPOC o enfisema                            | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Falta de aliento o problemas para respirar | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Caídas frecuentes                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Osteoporosis                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Osteoartritis                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |                                                |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Fractura reciente                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Parkinson/ELA/EM/Lupus                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Cáncer                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| VIH/SIDA                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Depresión                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Enfermedad mental:<br>(Marque todas las opciones que correspondan)<br><input type="checkbox"/> Trastorno bipolar<br><input type="checkbox"/> Trastorno paranoide<br><input type="checkbox"/> Esquizofrenia<br><input type="checkbox"/> Trastorno esquizoafectivo<br><input type="checkbox"/> Trastorno depresivo mayor | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Ojos: ceguera o problemas para ver incluso con anteojos.                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Oídos: sordera o problemas de audición incluso con audífonos                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Accidente cerebrovascular, infarto, dolor en el pecho u obstrucción de las arterias                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Insuficiencia cardíaca congestiva (ICC)                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Problemas de circulación                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

|                                                                                                                                                                |                                                         |                                                |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| Presión arterial alta                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Hinchazón (tobillo o pierna)                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Diabetes<br><input type="checkbox"/> Tipo 1<br><input type="checkbox"/> Tipo 2<br><input type="checkbox"/> Prediabetes<br><input type="checkbox"/> Gestacional | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Úlcera cutánea, herida que no cicatriza, llagas                                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Trasplante de órganos                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Pérdida de memoria, demencia o Alzheimer                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Incontinencia urinaria o problemas para controlar la vejiga                                                                                                    | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Infecciones urinarias frecuentes                                                                                                                               | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Insuficiencia renal o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD)                                                                                                | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Problemas intestinales                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |
| Otro                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | En caso afirmativo, nombre de los proveedores: |

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

### Actividades de planificación de la vida

19. ¿Tiene o necesita alguno de los siguientes documentos?: una directiva anticipada de atención médica, como un testamento vital, o una orden médica para tratamientos de soporte vital (POLST)?

☐ Sí ☐ No ☐ Necesito una

### Mantenimiento preventivo de la salud

20. ¿Se vacuna contra la gripe todos los años? ☐ Sí ☐ No

21. ¿Ha recibido una vacuna contra la COVID en el último año? ☐ Sí ☐ No

22. ¿Se ha realizado un examen o prueba de detección de cáncer de colon en los últimos 10 años? ☐ Sí ☐ No

23. ¿Se ha realizado a una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

24. ¿Se ha realizado una mamografía en los últimos 2 años? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A

25. ¿Consume tabaco (fuma, mastica, usa rapé o en cualquier otra forma)? ☐ Sí ☐ No

26. ¿El consumo de alcohol interfiere con su vida personal o laboral? ☐ Sí ☐ No

27. ¿Con qué frecuencia tuvo dolor en la última semana?

☐ Sin dolor ☐ Algunos días de dolor ☐ Dolor todos los días

28. ¿Toma medicamentos para el control del dolor u otras terapias? ☐ Sí ☐ No

### Salud mental y del comportamiento

29. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado alguno de los siguientes sentimientos?

|                                             |                                                                                                                                                                              |
|---------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sentirse decaído, deprimido o sin esperanza | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| Poco interés o placer en hacer cosas        | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| Episodios de llanto                         | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

|                                                        |                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Dificultad para dormir                                 | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| Nerviosismo/Ansiedad/Preocupación                      | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| Agitación/Irritabilidad/Enojo                          | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |
| Pensamientos de lastimarse o lastimar a otras personas | <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días<br><input type="checkbox"/> Casi todos los días |

**30.** ¿Los problemas de salud personales o familiares ocasionan pérdida de trabajo o de actividades diarias? ☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ N/A

**31.** ¿Qué factores de estrés tiene en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Relaciones   ☐ Familia   ☐ Hijos   ☐ Falta de apoyo social   ☐ Ocupación  
☐ Salud física general   ☐ Finanzas   ☐ Otro   ☐ N/A

### Consumo de sustancias

**32.** ¿Consume actualmente alguna sustancia? ☐ Ninguna ☐ Sí (En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan)

| Sustancia                                                       | 0 veces                  | De 1 a 2 veces           | Mensualmente             | Semanalmente             | Diariamente o casi diariamente |
|-----------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------------|
| Tabaco (cigarrillos, vapeo, masticar)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| Alcohol (cerveza, vino, licores)                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| Marihuana (fumar, vapear, comestibles)                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |
| Medicamentos no recetados (analgésicos, estimulantes, sedantes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>       |

## Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)

|                                                                  |                          |                          |                          |                          |                          |
|------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Drogas ilegales (cocaína, metanfetamina, heroína, éxtasis, etc.) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhalantes (sustancias inhaladas o aspiradas)                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras sustancias:<br>_____                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

### Seguridad y riesgo

33. ¿Tiene pensamientos de lastimarse? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Con frecuencia
34. ¿Tiene pensamientos de lastimar a otras personas? ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Con frecuencia
35. ¿Toma sus medicamentos según las indicaciones de su médico? ☐ Sí, todo el tiempo ☐ A veces omite dosis ☐ Con frecuencia omite dosis

### Necesidades culturales y lingüísticas

36. ¿Se identifica con alguna religión o tradición espiritual?
- ☐ Ateísmo/Agnosticismo ☐ Budismo ☐ Catolicismo ☐ Cristianismo
- ☐ Ciencia Cristiana ☐ Hinduismo ☐ Islam ☐ Testigos de Jehová ☐ Judaísmo
- ☐ Mormonismo ☐ Otro ☐ Ninguna/Sin afiliación ☐ Prefiero no contestar
37. ¿Cuál es su idioma principal?
- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Chino ☐ Criollo francés ☐ Coreano ☐ Vietnamita
- ☐ Tagalo ☐ Prefiero no contestar ☐ Otro
38. ¿Cómo describiría su origen étnico?
- ☐ Blanco o caucásico ☐ Negro o afroamericano ☐ Hispano o latino
- ☐ Indígena americano o nativo de Alaska ☐ Asiático
- ☐ Isleño del Pacífico o nativo de Hawái ☐ Desconocido ☐ Prefiero no contestar
- ☐ Otro



**Formulario de evaluación de riesgos para la salud (HRA) de Champion Plus (cont.)****Información demográfica**

**39.** ¿Con qué género se identifica?

- ☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Intersexual ☐ Trans ☐ No binario ☐ Personal  
☐ Eunuco ☐ Prefiero no contestar ☐ Otro \_\_\_\_\_

**40.** ¿Con quién vive actualmente?

- ☐ Solo ☐ Con hijos ☐ Familia extendida ☐ Amigos ☐ Padres  
☐ Compañeros de habitación ☐ Hermanos ☐ Cónyuge o pareja  
☐ Otro \_\_\_\_\_

**Vivienda**

**41.** ¿Tiene los siguientes problemas? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Insectos ☐ Roedores ☐ Plomo o amianto ☐ Moho ☐ Problemas eléctricos  
☐ Problemas de calefacción ☐ Problemas de agua ☐ La casa no es segura  
☐ No tengo problemas ☐ Otro \_\_\_\_\_

**42.** ¿Tiene acceso a Internet? (Marque todas las opciones que correspondan)

- ☐ Computadora ☐ Teléfono ☐ Tableta ☐ Otro \_\_\_\_\_

**Objetivos personales**

**43.** ¿Cuál es su objetivo principal para su salud en general? \_\_\_\_\_

**44.** 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 solicitudes y necesidades. Envíe este formulario completo a:

**Champion Health Plan**

PO Box 15337

Long Beach, CA 90815-9995