CHAMPION HEALTH PLAN

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 sus preguntas sobre este formulario al 1-800-885-8000, TTY 711. Sus respuestas se utilizarán para ayudar a actualizar su plan de atención individualizado y ponerle en contacto con su equipo de atención, proveedores, beneficios y recursos comunitarios cuando sea apropiado.

Fecha de hoy: _____

Idioma de preferencia para hablar: _____

Idioma de preferencia para escribir: _____

¿Necesita un intérprete, letra grande, braille u otro formato?

☐ No ☐ Sí (especificar): _____

Información personal

Nombre: _____

Dirección (Ciudad/Estado/Código postal): _____

Número de teléfono más conveniente: _____

Fecha de nacimiento: _____

N.° de identificación de Medicare: _____

N.° de miembro del Champion Health Plan: _____

Persona que completa este formulario: _____

Relación con el miembro: _____

Derecho a consentir o rechazar

☐ Acepto/Me inscribo o ☐ Rechazo/No me inscribo para participar en la Evaluación de Riesgo 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. Presión arterial (si la toma un proveedor o si se conoce): _____

4. ¿Le preocupa su salud?
☐ Sí ☐ No

5. ¿Cómo calificaría su salud?
☐ Excelente ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ Regular ☐ Mal

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

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

7. Durante los últimos 30 días, ¿cuántos días a la semana realizó ejercicio moderado (por ejemplo, una caminata rápida que le haga respirar un poco más fuerte)?
☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7

8. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?
☐ Sí ☐ No

9. ¿Siente inestabilidad al caminar?
☐ Sí ☐ No

10. ¿Le preocupa caerse?
☐ Sí ☐ No

Actividades de la vida diaria

11. ¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes actividades?

Actividad	**No necesita ayuda**	**Necesita algo de ayuda**	**No puede hacerlo en absoluto**
Bañarse	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Comer	☐	☐	☐
Entrar/salir de la cama o de la silla	☐	☐	☐
Caminar	☐	☐	☐
Tomar su medicamento	☐	☐	☐
Preparar comidas	☐	☐	☐
Gestionar las finanzas	☐	☐	☐
Transporte a las citas	☐	☐	☐

12. ¿Tiene a alguien que le ayude con estas actividades?
☐ No ☐ Familia ☐ Amigo ☐ Cuidador remunerado ☐ Otro _____

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

Situación de vivienda / Cuidador / Seguridad en el hogar

13. ¿Donde vive actualmente?

☐ Casa particular ☐ Residencia asistida ☐ Asilo de ancianos ☐ Hogar grupal
☐ Departamento ☐ Apartamento ☐ Casa de transición
☐ Parque de casas rodantes/móviles ☐ Sin hogar ☐ Otro _____

14. ¿Con quién vive actualmente?

☐ Solo ☐ Con hijo(s) ☐ Con familia extendida ☐ Con amigo(s) ☐ Con padre(s)
☐ Compañero(s) de habitación ☐ Hermanos) ☐ Cónyuge/Pareja ☐ Otro _____

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

☐ Familia ☐ Amigo ☐ Vecino ☐ Cuidador ☐ No hay ayuda
☐ Prefiero no responder ☐ Otro _____

16. Si tiene un cuidador, puede compartir su información aquí:

Nombre: _____

Relación con el miembro: _____ Teléfono: _____

17. ¿Su cuidador necesita apoyo o recursos para un respiro (un descanso de las tareas de cuidado)?

☐ No ☐ Sí ☐ No aplicable ☐ Prefiero no responder

Equipos médicos

18. ¿Utiliza actualmente alguno de los siguientes equipos médicos en su hogar? (Marque todas las opciones que correspondan.)

☐ Caminador ☐ Silla de ruedas ☐ Cama de hospital ☐ Oxígeno ☐ Nebulizador
☐ Inodoro portátil ☐ Silla de ducha ☐ C-pap/Bi-pap ☐ Otro _____

Factores sociales determinantes de la salud

19. Estabilidad de la vivienda
¿Cuál es su situación de vivienda actual?

☐ Tengo una vivienda estable ☐ Me preocupa perder mi vivienda.
☐ No tengo una vivienda estable

20. Seguridad alimentaria
En los últimos 12 meses, ¿alguna vez le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más?

☐ Siempre ☐ A veces ☐ Nunca

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

21. Transporte
En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha dificultado el acceso a la atención médica, medicamentos u otros artículos de primera necesidad?
☐ Sí ☐ No

Barreras generales para la atención médica

22. ¿Existe algún obstáculo que le dificulte obtener la atención médica que necesita? (Marque todas las opciones que correspondan.)
☐ Transporte ☐ Costo de medicamentos o servicios médicos
☐ Necesidades lingüísticas o de comunicación ☐ Necesidad de apoyo del cuidador
☐ Problemas de salud mental ☐ Sin barreras ☐ Otro: _____

Asistencia con recursos

23. ¿Necesita ayuda para conectarse con los recursos comunitarios o los beneficios del plan?
☐ Sí ☐ No ☐ Quizás más tarde

Historia clínica de salud y tratamiento

24. ¿Cuántas veces fue usted ingresado en el hospital o en la sala de emergencias en los últimos 24 meses?
☐ 0 veces ☐ 1 vez ☐ 2 veces ☐ 3 veces ☐ Más de 3 veces

25. ¿Actualmente padece alguna de las siguientes afecciones médicas? (Marque todas las opciones que correspondan)
☐ Artritis, osteoporosis u otro trastorno óseo o articular
☐ Cáncer (actual o tratado en los últimos 5 años)
☐ Afección de dolor crónico
☐ Diabetes
☐ Discapacidad auditiva
☐ Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca, enfermedad de las arterias coronarias, arritmia)
☐ Presión arterial alta (hipertensión)
☐ Enfermedad renal o diálisis
☐ Enfermedades pulmonares (EPOC, enfisema, asma, problemas respiratorios crónicos)
☐ Problemas de memoria, demencia o enfermedad de Alzheimer
☐ Trastorno de salud mental (depresión, ansiedad, trastorno bipolar, esquizofrenia, TEPT u otro trastorno de salud conductual): (especificar) _____
☐ Trasplante de órganos (órgano específico) _____

☐ Accidente cerebrovascular o trastorno neurológico (ictus, enfermedad de Parkinson, esclerosis múltiple, trastorno convulsivo)
☐ Discapacidad visual
☐ Otra afección de salud importante: _____
☐ Ninguna de las anteriores

26. ¿Tiene dificultades para conseguir, tomar, comprender o pagar sus medicamentos?
☐ No ☐ Sí (describa): _____

27. Nombre/teléfono del médico de atención primaria (PCP): _____
Fecha de la última visita al médico de atención primaria: _____

Actividades de planificación de vida

28. ¿Tiene una Directiva anticipada de atención médica, Testamento vital u Órdenes Médicas para el Tratamiento de Soporte Vital (POLST)?
☐ Sí ☐ No ☐ No estoy seguro ☐ Me gustaría obtener información

Atención médica preventiva

29. ¿Tiene al día sus vacunas y exámenes preventivos recomendados, o le gustaría recibir ayuda para programarlos?
☐ Sí, estoy al día (Marque todas las opciones que correspondan).
Vacunas: ☐ Gripe ☐ COVID-19 ☐ Neumonía ☐ Herpes
☐ Td/Tdap ☐ VSR ☐ Otro _____

Pruebas de detección preventiva: ☐ Cáncer de colon ☐ Cáncer de mama
☐ Cáncer de cuello uterino ☐ Examen ocular para diabéticos ☐ A1c
☐ Salud renal ☐ Dental ☐ Visión ☐ Audición ☐ Otro _____
☐ No, puede que me toque vacunarme o hacerme pruebas de detección
☐ No estoy seguro
☐ Me gustaría recibir ayuda

Evaluación del dolor

30. Durante la última semana, ¿con qué frecuencia el dolor interfirió con sus actividades diarias o su sueño?
☐ Nunca ☐ Algunos días ☐ Cada día

31. Si tiene dolor, ¿dónde lo localiza? _____

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

Salud conductual y mental

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

Sentimiento	Nada en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
Sentirse triste, deprimido o desesperanzado	☐	☐	☐	☐

33. ¿Actualmente tiene pensamientos de hacerse daño a sí mismo o a otros?

☐ No ☐ Sí

Consumo de sustancias

34. ¿Actualmente consume alguna de las siguientes sustancias? (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ Productos de tabaco (cigarrillos, puros, cigarrillos electrónicos, tabaco de mascar)
☐ Alcohol (cerveza, vino, licores)
☐ Marihuana/Cannabis
☐ Medicamentos recetados que no le han sido prescritos
☐ Drogas ilegales o callejeras
☐ Otro: _____
☐ Ninguna de las anteriores
☐ Prefiero no responder

35. ¿Le gustaría recibir ayuda para reducir o dejar de consumir alguna sustancia?

☐ Sí ☐ No ☐ En este momento no ☐ No aplicable ☐ Prefiero no responder

Metas personales

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

_____

Solo para cuidadores

37. 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
5000 Airport Plaza Dr., Ste. 100
Long Beach, CA 90815-1273