

EVALUACIÓN DE SALUD

Por favor, responda las siguientes preguntas de la mejor manera que pueda. Sus respuestas no afectarán sus beneficios de Medicaid o de Medicare, y la información será tratada confidencialmente. Un administrador de la atención podría revisar la información que proporcione, y esta podría ser compartida con su médico de atención primaria y con su equipo de atención. Si no se siente cómodo respondiendo alguna de las preguntas, marque "Prefiero no responder". Al llenar este formulario, se presupone que usted acepta que este se utilice para tal fin.

Campos obligatorios:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de identificación de Medicaid/Medicare: _____ Número de teléfono: _____

Dirección postal: _____

Médico de atención primaria: _____ Fecha: ____ / ____ / ____

Raza u origen étnico:

- | | |
|---|--|
| ☐ Asiático | ☐ Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico |
| ☐ indio americano o nativo de Alaska | ☐ Blanco |
| ☐ negro o afroamericano | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Hispano / Latino | |
| ☐ Medio Oriente/África del norte | ☐ Prefiero no responder |

¿Cuál es su idioma de preferencia?

- | | | |
|----------------------------------|---|--|
| ☐ Inglés | ☐ Chino (incluye cantonés, mandarín) | ☐ Vietnamita |
| ☐ Español | ☐ Navajo | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Árabe | ☐ Tagalo | ☐ Otro: _____ |

Nos interesa respetar sus valores y creencias. ¿Tiene alguna preferencia cultural que debamos conocer y que pueda afectar su atención médica?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Cuáles son sus preferencias? _____

¿Participa usted en alguno de los siguientes? Seleccione todas las que correspondan.

- | | |
|---|--|
| ☐ Empleo a tiempo completo | ☐ Actividades de preparación para el empleo (búsqueda de trabajo y capacitación en destrezas) |
| ☐ Empleo a tiempo parcial | ☐ Cuidador(a) de niños |
| ☐ Búsqueda activa de empleo | ☐ Cuidador(a) de otras personas (mayores de 18 años) |
| ☐ Asistencia escolar | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Servicio comunitario (horas de voluntariado) | |

¿Es usted veterano(a) de guerra?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Tiene usted una discapacidad documentada?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es sí, descríbalas: _____

Nivel de educación

¿Cuál es el grado o nivel más alto de escolaridad que terminó?

- | | |
|---|---|
| ☐ 8vo grado o menos | ☐ Se graduó de la universidad |
| ☐ Un poco de bachillerato | ☐ Se graduó de un nivel superior a un título universitario de 4 años |
| ☐ Se graduó del bachillerato o cuenta con el diploma GED | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Universidad incompleta | |

Información de contacto

¿Cómo prefiere que nos comuniquemos con usted?

- ☐ Correo postal ☐ Teléfono ☐ Celular ☐ Mensaje de texto ☐ Correo electrónico

Indique su información de contacto: _____

Salud general:

En general, ¿cómo describiría su salud física?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Excelente | ☐ Muy buena | ☐ Buena |
| ☐ Regular | ☐ Mala | ☐ Prefiero no responder |

En general, ¿cómo describiría su salud mental?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Excelente | ☐ Muy buena | ☐ Buena |
| ☐ Regular | ☐ Mala | ☐ Prefiero no responder |

En general, ¿cómo diría que es su salud dental?

- | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--|
| ☐ Excelente | ☐ Muy buena | ☐ Buena |
| ☐ Regular | ☐ Mala | ☐ Prefiero no responder |

¿Está embarazada actualmente?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Cuánto control siente usted que tiene para manejar sus condiciones de salud?

- | | | |
|---|-----------------------------------|--|
| ☐ Nada en absoluto | ☐ Algo | ☐ Muchísimo |
| ☐ Un poco | ☐ Bastante | ☐ Prefiero no responder |

Estatura y peso

¿Cuál es su estatura? _____ ¿Cuál es su peso? _____ ☐ Prefiero no responder

Actividad física

¿Hace ejercicio?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Con qué frecuencia hace ejercicio cada semana?

- | | | |
|--|--|--|
| ☐ A diario | ☐ Casi todos los días | ☐ 1-2 veces a la semana |
| ☐ 3-4 veces a la semana | ☐ 5 o más veces a la semana | ☐ Otro |
| ☐ Prefiero no responder | | |

¿Cuántas caídas ha tenido en los últimos 6 meses?

- | | | |
|----------------------------------|--|------------------------------|
| ☐ Ninguno | ☐ 1-2 | ☐ 3-4 |
| ☐ 5 o más | ☐ Prefiero no responder | |

Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria (seleccione todas las que correspondan)

En los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otras personas para realizar las siguientes actividades diarias?

- | | |
|---|---|
| ☐ Ducharse | ☐ Administrar sus finanzas |
| ☐ Comer/preparar la comida | ☐ Caminar |
| ☐ Vestirse | ☐ Administrar o hacer las tareas del hogar |
| ☐ Acostarse/levantarse de la cama, sentarse/levantarse de la silla o de la silla de ruedas | ☐ Ninguna/no necesito ayuda |
| ☐ Bañarse o asearse | ☐ Continencia |
| ☐ Hacer las compras | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Usar el baño | |

Si corresponde, ¿quién le ayuda con su atención médica o con sus necesidades de la vida diaria?

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Con qué le ayudan?

(p. ej., transporte, tomar medicamentos, apoyo emocional, llenar formularios, etc.)

Seleccione cualquier problema de salud que un médico le haya dicho que tiene, o para el cual usted toma medicamentos.

- | | | |
|---|---|---|
| ☐ Problemas de las glándulas suprarrenales | ☐ Problemas auditivos | ☐ Signos comunes del trastorno de estrés postraumático (PTSD) |
| ☐ Angina (dolor en el pecho) | ☐ Ataque al corazón/enfermedades cardíacas | ☐ Esquizofrenia |
| ☐ Ansiedad | ☐ Insuficiencia cardíaca | ☐ Convulsiones |
| ☐ Artritis | ☐ Soplo cardíaco | ☐ Apnea del sueño |
| ☐ Asma | ☐ Hepatitis | ☐ Derrame cerebral |
| ☐ Fibrilación auricular | ☐ Presión arterial alta | ☐ Trastorno por consumo de sustancias |
| ☐ Trastorno bipolar | ☐ Colesterol alto | ☐ Pensamientos suicidas |
| ☐ Sangrado | ☐ VIH/SIDA | ☐ Problemas de la tiroides (altos o bajos) |
| ☐ Coágulo de sangre en el pulmón | ☐ Enfermedad de los riñones | ☐ Ataque isquémico transitorio (TIA, por sus siglas en inglés) |
| ☐ Cáncer, tumor sólido (localizado) | ☐ Piedras en los riñones | ☐ Infección de las vías urinarias |
| ☐ Cáncer, tumor sólido (metastásico) | ☐ Leucemia | ☐ Problemas de la vista |
| ☐ Bronquitis crónica o enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, por sus siglas en inglés)/enfisema | ☐ Enfermedad del hígado | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Demencia/pérdida de la memoria | ☐ Linfoma | ☐ Ninguno |
| ☐ Depresión | ☐ Migraña | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Diabetes (tipo I o II) | ☐ Trasplante de órgano | |
| ☐ Fracturas (huesos rotos) | ☐ Osteoporosis | |
| ☐ Enfermedad por reflujo gastroesofágico (GERD, por sus siglas en inglés)/esofagitis por reflujo | ☐ Úlcera péptica | |
| | ☐ Neuropatía periférica | |
| | ☐ Problema de próstata | |

¿Hay alguna otra afección médica que haya tenido en los últimos 5 años?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Enumere las afecciones médicas que ha tenido en los últimos 5 años y cuándo las tuvo:

¿Toma sus medicamentos según lo recetado?

- ☐ Sí ☐ No me han recetado medicamentos
☐ No ☐ Prefiero no responder

Enumere los medicamentos que le han recetado junto con sus dosis y frecuencia:

Si no toma sus medicamentos según se los recetaron, ¿qué le impide hacerlo?

Enumere otros medicamentos que haya tomado en los últimos 5 años, para qué eran y cuál fue el resultado:

¿Qué tipo de equipo o servicios utiliza? Seleccione todas las opciones que correspondan.

Equipo

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Silla de ruedas / andador / bastón / scooter | ☐ Elevador Hoyer | ☐ Anteojos / lentes de contacto |
| ☐ Medidor de glucosa | ☐ Asiento elevado para inodoro | ☐ Báscula |
| ☐ Silla para bañarse | ☐ Cama de hospital | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Presión positiva continua en la vía aérea (C-PAP, por sus siglas en inglés) | ☐ Audífonos | ☐ Ninguno |
| ☐ Oxígeno | ☐ Manguito de presión arterial | ☐ Prefiero no responder |

Su atención médica en los últimos 6 meses

¿Con qué otros proveedores se atiende además de con su proveedor de atención primaria?
Seleccione todas las opciones que correspondan.

- | | | |
|--|---|--|
| ☐ Salud conductual | ☐ Especialista en ojos | ☐ Controlará el dolor |
| ☐ Cardiólogo | ☐ Especialista en pies | ☐ Renal |
| ☐ Dentista | ☐ Cirujano general | ☐ Reumatólogo |
| ☐ Dermatólogo | ☐ Ginecólogo | ☐ Urólogo |
| ☐ Médico digestivo (GI, por sus siglas en inglés) | ☐ Neurólogo | ☐ Otro: _____ |
| ☐ Médico de oído, nariz y garganta | ☐ Oncólogo | ☐ Ninguno |
| ☐ Endocrinólogo | ☐ Ortopedista | ☐ Prefiero no responder |

En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces estuvo en los siguientes lugares?

- ☐ Sala de emergencias ____ veces ☐ Hospital o centro (pasó la noche ahí) ☐ Prefiero no responder

¿Estuvo hospitalizado o se sometió a algún procedimiento importante en los últimos 5 años?

- ☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "Sí", indique:

Seguridad interpersonal

¿Se siente seguro a nivel físico y emocional en el lugar donde vive actualmente?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Exámenes de salud y vacunas en los últimos 5 años

Si corresponde, ¿cuándo fue la última vez que se sometió a alguno de los siguientes exámenes de detección y quién fue su proveedor? (Mes/año)

☐ Examen de detección de cáncer de mama (mamografía): Proveedor:

☐ Examen de detección de cáncer cervicouterino (prueba de Papanicolaou [PAP]) Proveedor:

☐ Prueba de detección de cáncer colorrectal (colonoscopia, sigmoidoscopia o prueba inmunoquímica fecal [FIT]): Proveedor:

☐ Próstata: Proveedor:

¿Qué tan seguro se siente al llenar los formularios médicos usted solo?

☐ Extremadamente ☐ Bastante ☐ Un tanto
☐ Un poco ☐ Nada en absoluto ☐ Prefiero no responder

¿Cuándo fue la última vez que le administraron alguna de las siguientes vacunas?

☐ Neumonía: ☐ Prefiero no responder
☐ Gripe: ☐ Prefiero no responder
☐ COVID: ☐ Prefiero no responder
☐ Herpes zóster ☐ Prefiero no responder

¿Tiene una directiva anticipada? (Un documento que explica cómo quiere recibir atención médica)

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Indique el tipo de directiva(s) anticipada(s) que tiene:

¿Tiene alguna inquietud de salud específica con la que su equipo del plan de salud pueda ayudarle?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es "Sí", enumere sus inquietudes de salud específicas:

El equipo de atención interdisciplinario (ICT) es un componente importante de su programa de atención integrada. El ICT puede conformarse por usted, su proveedor, otro especialista, el administrador de la atención, los miembros de la familia, el director médico y los profesionales de la salud conductual, según sea necesario, para desarrollar su plan de atención. Si usted elige participar, nuestro equipo de manejo de cuidados se comunicará con usted para programar un equipo interdisciplinario de cuidados (ICT, por sus siglas en inglés). ¿Desea participar en el ICT?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Consumo de sustancias

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia ha usado tabaco o cualquier otro producto de administración de nicotina (es decir, cigarrillo electrónico, vapeo o tabaco para mascar)?

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ A diario o casi a diario | ☐ Semanalmente | ☐ Mensual |
| ☐ Menos de una vez al mes | ☐ Nunca | ☐ Prefiero no responder |

¿Le interesa dejar el tabaco dentro del próximo mes?

- | | | |
|-----------------------------|--|------------------------------------|
| ☐ Sí | ☐ No estoy seguro/a | ☐ No aplica |
| ☐ No | ☐ Prefiero no responder | |

¿Cuántas veces en el último año ha tomado 4 o más bebidas alcohólicas en un día (para mujeres) o 5 o más bebidas alcohólicas en un día (para hombres)? _____ veces

En los últimos doce meses, ¿usó marihuana, alguna droga callejera o un medicamento recetado de manera “recreativa” (solo por la sensación o usándolo en mayor cantidad de la prescrita)?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| ☐ Sí | ☐ No | ☐ Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

Salud emocional

Línea telefónica de información sobre la prevención del suicidio, atención las 24 horas del día, los 7 días de la semana: llame o envíe un mensaje de texto al 988

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentir poco interés o placer en hacer cosas?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nada en absoluto | ☐ Más de la mitad de los días | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Varios días | ☐ Casi todos los días | |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse decaído(a), deprimido(a) o sin esperanza?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nada en absoluto | ☐ Más de la mitad de los días | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Varios días | ☐ Casi todos los días | |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse nervioso(a), ansioso(a) o inquieto(a)?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nada en absoluto | ☐ Más de la mitad de los días | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Varios días | ☐ Casi todos los días | |

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado no poder dejar de preocuparse o no poder controlar sus preocupaciones?

- | | | |
|---|--|--|
| ☐ Nada en absoluto | ☐ Más de la mitad de los días | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Varios días | ☐ Casi todos los días | |

Dolor

En los últimos 7 días, ¿qué tanto dolor ha sentido? (Escala del 0 al 10)

- | | | |
|---|---------------------------------------|--|
| ☐ Ninguno (0) | ☐ Leve (1–3) | ☐ Prefiero no responder |
| ☐ Moderado (4–6) | ☐ Grave (7–10) | |

Describe el dolor y dónde se encuentra:

NECESIDADES SOCIALES: las siguientes preguntas son sobre cosas básicas que las personas necesitan y que pueden afectar la salud. Sus respuestas nos ayudan a saber si el miembro necesita ayuda adicional. Si existen necesidades, alguien de nuestro equipo de manejo de cuidados puede comunicarse con usted.

Indique la frecuencia con la que le sucede lo siguiente:

No tengo suficiente dinero para pagar mis facturas:

☐ Nunca

☐ Rara vez

☐ A veces

☐ A menudo

☐ Siempre

☐ Prefiero no responder

Vivienda/servicios públicos

¿Le preocupa o inquieta que en los próximos 2 meses podría no tener una vivienda estable de la que sea propietario, que alquile o en la cual se hospede como parte de un grupo familiar?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, de gas, de aceite combustible o de agua amenazó en cortar los servicios de su casa?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

Alimentos

Durante los últimos 12 meses, ¿le preocupó la posibilidad de que se quedaría sin alimentos antes de obtener dinero para comprar más?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

Transporte

En los últimos 6 meses, ¿alguna vez tuvo que quedarse sin recibir atención médica porque no tenía cómo transportarse para llegar al lugar donde la recibiría?

☐ Sí

☐ No

☐ Prefiero no responder

Health Choice Pathway (HMO D-SNP) es una subsidiaria de Blue Cross® Blue Shield® of Arizona, una licenciataria independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

Fuentes basadas en la evidencia para la elaboración de la HRA: Colegio Estadounidense de Cardiología; Asociación Estadounidense de Diabetes: estándares para la atención de pacientes con diabetes; Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC); Centros de Servicios de Medicare y Medicaid (CMS); Instituto de Medicina (IOM). Ingesta diaria recomendada (DRI); directrices del Instituto Nacional del Corazón, los Pulmones y la Sangre (NHLBI) para la salud del corazón [Directrices del Panel de Tratamiento de Adultos III (ATP III)]; Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Directrices para la actividad física para los estadounidenses; Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA). Directrices alimentarias para estadounidenses; Instituto Nacional de la Salud (NIH). Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta; Colegio Estadounidense de Medicina Preventiva (ACPM); criterios de ASAM; SAMHSA; Protocolo para evaluar y responder a las experiencias, riesgos y recursos de los pacientes (PRAPARE); kit de herramientas de detección de clientes potenciales de salud; Asociación Americana de Hospitales (AHA): NCQA; detección de clientes potenciales de salud. Vigente a partir de 2023.

H5587_D44096PY26_C

OPCIONAL: Las siguientes preguntas son opcionales. Hacemos estas preguntas para comprender sus necesidades. Toda la información se mantendrá confidencial.

Sexo asignado al nacer:

- ☐ Masculino
☐ Femenino

- ☐ Desconocido
☐ Prefiero no responder

Identidad de género:

- ☐ Masculino
☐ Femenino
☐ Transgénero masculino / hombre trans / de femenino a masculino (FTM, por sus siglas en inglés)
☐ Transgénero femenino / mujer trans / de masculino a femenino (MTF, por sus siglas en inglés)
☐ Genderqueer, ni exclusivamente masculino ni femenino

- ☐ Categoría de género adicional u otra:

- _____
☐ Dos espíritus
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder

Pronombres:

- ☐ Él / Lo
☐ Ella / La
☐ Ellos/ellas / Los/las

- ☐ Otro: _____
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder

Orientación sexual:

- ☐ Lesbiana, gay u homosexual
☐ Hetero o heterosexual
☐ Bisexual
☐ No lo sé
☐ Prefiero no responder

- ☐ Otro, describa:

