

VALORACIÓN MÉDICA



Health
Choice

Responda las siguientes preguntas de la mejor manera posible. Sus respuestas no afectarán sus beneficios de Medicaid o Medicare y la información será tratada como confidencial. Un administrador de la atención puede revisar la información que proporcione y se puede compartir con su médico de atención primaria y su equipo de atención. Si no se siente cómodo respondiendo cualquier pregunta, marque "Prefiero no responder". Completar este formulario implica que usted acepta que se utilice para este fin.

Se requiere:

Nombre completo: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección: _____

Médico de cabecera: _____ Fecha: _____

Raza u origen étnico:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Asiático | <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano |
| <input type="checkbox"/> Caucásico | <input type="checkbox"/> Hispano/latino |
| <input type="checkbox"/> Nativo estadounidense/de Alaska | <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Cuál es su idioma de preferencia?

- | | | |
|---|----------------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Inglés | <input type="checkbox"/> Español | <input type="checkbox"/> Navajo |
| <input type="checkbox"/> Chino (incluye cantonés, mandarín) | <input type="checkbox"/> Tagalo | <input type="checkbox"/> Vietnamita |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Alemán | <input type="checkbox"/> Árabe |

Sexo asignado al nacer:

- | | | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino | <input type="checkbox"/> No lo sé | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|--|

Identidad de género:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Masculino | <input type="checkbox"/> Femenino |
| <input type="checkbox"/> Transexual masculino (FTM) | <input type="checkbox"/> Transexual femenino (MTF) |
| <input type="checkbox"/> Género no binario ni exclusivamente masculino ni femenino | <input type="checkbox"/> Categoría de género adicional u otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> Dos espíritus | |
| <input type="checkbox"/> No lo sé | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Pronombres:

- | | | |
|--------------------------------------|--|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Él | <input type="checkbox"/> Ella | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |

Orientación sexual:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Lesbiana, gay, u homosexual | <input type="checkbox"/> Heterosexual |
| <input type="checkbox"/> Bisexual | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| <input type="checkbox"/> Otro, describa:
_____ | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Cuáles son sus preferencias? _____

¿Trabaja o estudia actualmente?

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí, trabajo | <input type="checkbox"/> Sí, voy a la escuela | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|--------------------------------------|---|-----------------------------|--|

Nivel de educación

¿Cuál es el grado o nivel más alto de educación que completó?

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> 8.º grado o menos | <input type="checkbox"/> Escuela secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> Graduado de escuela secundaria o GED |
| <input type="checkbox"/> Universidad incompleta | <input type="checkbox"/> Graduado de la universidad | <input type="checkbox"/> Nivel superior a un título universitario de 4 años |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | | |

Información de contacto

¿Cómo preferiría que nos comuniquemos con usted?

- | | | | | |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> Correo | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Celular | <input type="checkbox"/> Mensaje de texto | <input type="checkbox"/> Correo electrónico |
|---------------------------------|-----------------------------------|----------------------------------|---|---|

Indique su información de contacto: _____

Salud general

En general, ¿cómo describiría a su salud física?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

En general, ¿cómo describiría a su salud mental?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

En general, ¿cómo describiría a su salud dental?

- | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena |
| <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Deficiente | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

¿Está embarazada?

- | | | |
|-----------------------------|-----------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |
|-----------------------------|-----------------------------|--|

¿Con qué frecuencia considera que necesita control para tratar sus problemas de salud?

- | | | |
|-----------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Siempre | <input type="checkbox"/> Habitualmente | <input type="checkbox"/> A veces |
| <input type="checkbox"/> Rara vez | <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

Estatura y peso

¿Cuál es su altura? _____

¿Cuál es su peso? _____

Actividad física

¿Hace ejercicio?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Cuántas caídas tuvo en los últimos 6 meses?

Ninguna

De 1 a 2

De 3 a 4

5 o más

Prefiero no responder

Actividades de la vida diaria y actividades instrumentales de la vida diaria

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

Ducharse

Comer/preparar la comida

Vestirse

Acostarse/levantarse de la cama, sentarse/levantarse de la silla o de la silla de ruedas

Bañarse o asearse

Hacer las compras

Usar el baño

Administrar sus finanzas

Caminar

Administrar o hacer las tareas del hogar

Ninguna/no necesito ayuda

Continencia

Prefiero no responder

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

Nombre: _____ Número de teléfono: _____

¿Con qué lo ayudan? (p. ej., transporte, administración de medicamentos, apoyo emocional, llenar formularios, etc.) _____

**¿Qué afecciones tiene según le indicó un médico o para qué afecciones toma medicamentos?
Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suprarrenal | <input type="checkbox"/> Problemas auditivos |
| <input type="checkbox"/> Neuropatía periférica | <input type="checkbox"/> Angina |
| <input type="checkbox"/> Ataque cardíaco/Enfermedad del corazón | <input type="checkbox"/> Problema de próstata |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca |
| <input type="checkbox"/> PTSD | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Soplo cardíaco | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis |
| <input type="checkbox"/> Convulsiones | <input type="checkbox"/> Fibrilación auricular |
| <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Apnea del sueño |
| <input type="checkbox"/> Bipolaridad | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular/CVA | <input type="checkbox"/> Sangrado |
| <input type="checkbox"/> HIV/sida | <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Coágulo en el pulmón | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Suicida | <input type="checkbox"/> Cáncer: tumor sólido (localizado) |
| <input type="checkbox"/> Cálculos renales | <input type="checkbox"/> Tiroides (alta o baja) |
| <input type="checkbox"/> Cáncer: tumor sólido (metastásico) | <input type="checkbox"/> Leucemia |
| <input type="checkbox"/> TIA (accidente isquémico transitorio) | <input type="checkbox"/> Bronquitis crónica o EPOC/enfisema |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática | <input type="checkbox"/> Infección del tracto urinario |
| <input type="checkbox"/> Demencia/pérdida de la memoria | <input type="checkbox"/> Linfoma |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista | <input type="checkbox"/> Depresión |
| <input type="checkbox"/> Migrañas | <input type="checkbox"/> Trasplante de órgano |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (de tipo I o II) | <input type="checkbox"/> Fracturas |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Úlcera péptica |
| <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| <input type="checkbox"/> GERD/Esofagitis por reflujo | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

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

- Sí No

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

¿Toma sus medicamentos según lo recetado?

Sí No No tomo medicamentos recetados Prefiero no responder

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

Si no toma sus medicamentos según lo prescrito, ¿qué le impide hacerlo?

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

¿Qué tipo de equipos o servicios utiliza?

Equipo

Silla de ruedas/andador/bastón/escúter Monitor de glucosa Silla para baño
 C-PAP Oxígeno Elevador Hoyer
 Inodoro elevado Cama de hospital Audífonos
 Otro: _____ Gafas/lentes de contacto Prefiero no responder

Su atención médica en los últimos 6 meses

¿Con qué otros proveedores se atiende además de su proveedor de atención primaria?

Cardiólogo Endocrinólogo Ginecólogo
 Oculista Dentista Salud conductual
 Podólogo Neurólogo Urólogo
 Otro: _____ Prefiero no responder

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

- Sala de emergencias: _____ veces
- Hospital o centro durante la noche: _____ veces Prefiero no responder

¿Ha tenido alguna hospitalización o procedimiento importante en los últimos 5 años?

Sí No

Si la respuesta es "Sí", indique: _____

Seguridad interpersonal

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

Sí No Prefiero no responder

Consumo de sustancias

¿Ha consumido tabaco, incluyendo el vapeador, durante los últimos 6 meses?

Sí No Prefiero no responder

¿Le interesaría dejar de consumir tabaco dentro del próximo mes?

Sí No No estoy seguro Prefiero no responder

En los últimos 7 días, ¿cuántos días bebió alcohol?

_____ días Prefiero no responder

Los días que tomó alcohol, ¿con qué frecuencia tomó 4 o más bebidas alcohólicas en una sola ocasión?

Nunca Una vez por semana
 2 o 3 veces por semana Más de 3 veces por semana
 Prefiero no responder

¿Ha consumido alguna droga o algún medicamento recetado por motivos que no sean médicos?

Sí No Prefiero no responder

Salud Mental

Línea telefónica de prevención contra el suicidio con 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 se sintió triste, deprimido o desesperanzado?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer al hacer cosas?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso, ansioso o al límite?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no pudo dejar de preocuparse o controlar su preocupación?

Casi todo el tiempo La mayoría de las veces Algunas veces
 Casi nunca Prefiero no responder

Dolor

En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor sintió? (Escala del 0 al 10)

Nada de dolor (0) Leve (de 1 a 3) Moderado (de 4 a 6) Severo (de 7 a 10)
 Prefiero no responder

Describe el dolor y dónde está localizado:

Indique la frecuencia con la que le sucede lo siguiente:

No tengo suficiente dinero para pagar mis cuentas:

Nunca Rara vez A veces A menudo
 Siempre Prefiero no responder

Alimentos

En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comiste menos de lo que creías que debías porque no había suficiente dinero para comprar comida?

Sí No Prefiero no responder

Vivienda/servicios públicos

¿Le preocupa que en los próximos 2 meses no tenga una vivienda estable de la que sea propietario, que alquile o se quede en una casa como parte del grupo familiar?

Sí No Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿la compañía de electricidad, gas, petróleo o agua le ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?

Sí No Prefiero no responder

Transporte

En los últimos 6 meses, ¿alguna vez no recibió atención médica porque no tenía cómo transportarse?

Sí No Prefiero no responder

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. Pautas de actividad física para los estadounidenses; Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA). Pautas alimentarias para estadounidenses; Instituto Nacional de la Salud (NIH). Prevención, detección, evaluación y tratamiento de la presión arterial alta; Colegio Americano de Medicina Preventiva (ACPM); criterios de ASAM; SAMHSA; Protocolo para responder y evaluar los recursos, riesgos y experiencias de los pacientes (PRAPARE); kit de herramientas de detección de clientes potenciales de salud; Asociación Americana de Hospitales (AHA): NCOA; detección de clientes potenciales de salud. Vigente a partir del 2023.