



Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.

IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

### Evaluación de riesgos de salud (Health Risk Assessment, HRA)

Fecha:		No. de identificación de miembro:		Fecha de vigencia del plan:	
Nombre:		Apellido:		Fecha de nacimiento:	
Género:		Teléfono de casa:		Otro número:	

#### Sección 1 Características personales

1	¿Es usted hispano(a) o latino(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta	2	¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las opciones que apliquen. <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Isleña del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otra (por favor, escriba): <input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái <input type="checkbox"/> Negra/afroamericana <input type="checkbox"/> Indoamericana/nativa de Alaska
---	---	---	---

#### Sección 2 Preguntas de salud

3	¿Qué condiciones médicas tiene o ha tenido en el pasado? (Por favor, indique todas las que apliquen.) <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Bipolaridad <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> EPOC/enfisema <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problema auditivo <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Hipertensión <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Problemas de la vista <input type="checkbox"/> Ninguna
---	--

#### Sección 3 Otras preguntas de salud

4	En general, ¿cómo calificaría su salud? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala	5	(Solo para mujeres) ¿Se encuentra embarazada actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	¿Cómo está su vista? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala	7	¿Recibió alguna de las siguientes vacunas este año? <b>Gripe</b> <b>Neumonía</b> <b>COVID (Fabricante: _____)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No
8	¿Utiliza productos de tabaco? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	9	¿Cuántos medicamentos recetados diferentes toma? <input type="checkbox"/> 1-2 medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 2-3 medicamentos recetados <input type="checkbox"/> 4 o más
10	¿Tiene algún dolor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí ¿Dónde?:	11	¿Ha estado hospitalizado(a)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Una vez <input type="checkbox"/> Dos o más veces ____ ¿Ha acudido a la sala de emergencias?: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	¿Se ha caído? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		



Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.

IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

13	<p>¿Cuenta con algún miembro de la familia o alguna otra persona que esté dispuesto a ayudarle cuando lo necesite y que pueda hacerlo?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	
14	<p>¿Alguna vez ha pensado que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	
<b>Sección 4 Vivienda</b>		
15	<p>¿Cuál es su situación de vivienda hoy?</p> <p><input type="checkbox"/> No tengo vivienda (me estoy quedando con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo afuera en la calle, en una playa, en un automóvil, edificio abandonado, bus o estación de trenes, o en un parque)</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo vivienda hoy pero estoy preocupado(a) por perder la vivienda en el futuro</p> <p><input type="checkbox"/> Tengo vivienda</p>	<p>16 ¿En dónde vive usted?</p> <p><input type="checkbox"/> Una casa independiente, departamento, condominio o casa móvil</p> <p><input type="checkbox"/> Departamento de vida asistida u hogar de hospedaje y cuidado</p> <p><input type="checkbox"/> Hogar para ancianos</p> <p><input type="checkbox"/> Otro: _____</p>
<b>Sección 5 Alimentación</b>		
17	<p>En los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado por quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?</p> <p><input type="checkbox"/> Usualmente cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Algunas veces cierto</p> <p><input type="checkbox"/> Nunca es cierto</p>	
<b>Sección 6 Servicios públicos</b>		
18	<p>En los últimos 12 meses, ¿la empresa de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> Ya me cortaron el servicio</p>	
<b>Sección 7 Transporte</b>		
19	<p>En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte ha impedido que vaya a sus citas médicas, reuniones o trabajo o que consiga las cosas necesarias para la vida diaria? (marque todas las opciones que apliquen)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a las citas médicas o conseguir los medicamentos</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a reuniones no médicas, citas o trabajo o conseguir las cosas que necesito</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>	
<b>Sección 8 Salud social y emocional</b>		
20	<p>¿Se siente física y emocionalmente seguro(a) en donde usted vive actualmente?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> <p><input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)</p> <p><input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta</p>	<p>21 ¿Con qué frecuencia ve o habla con las personas que le importan y con quienes se siente cercano(a)? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones de clubes).</p> <p><input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 1 a 2 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 3 a 5 veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> 6 o más veces por semana</p> <p><input type="checkbox"/> Decido no responder a esta pregunta</p>



**Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.**

IMPERIAL HEALTH PLAN  
OF CALIFORNIA

22	¿Con qué frecuencia se ha sentido triste en las últimas 2 semanas?
<input type="checkbox"/>	Nunca
<input type="checkbox"/>	Ocasionalmente
<input type="checkbox"/>	Varios días
<input type="checkbox"/>	Más de la mitad de los días
<input type="checkbox"/>	Casi todos los días

**Por favor, envíe esta HRA en el sobre autodirigido que se proporciona.**