

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

|                      |  |                                   |                     |                           |  |
|----------------------|--|-----------------------------------|---------------------|---------------------------|--|
| Fecha:               |  | No. de identificación de miembro: |                     | Fecha de inicio del plan: |  |
| Nombre:              |  |                                   | Apellido:           |                           |  |
| Fecha de nacimiento: |  |                                   | Género:             |                           |  |
| Número de teléfono:  |  |                                   | Correo electrónico: |                           |  |

#### Sección 1: Acerca de usted (características personales)

1 ¿De qué raza y/o etnia es usted? *Seleccione todas las opciones que apliquen e ingrese los detalles en el espacio que se proporciona.*

☐ **Indoamericana / Nativa de Alaska** (por ejemplo: Nación Navajo, Comunidad Esquimal de Nome, etc.)

☐ **Asiática** (por ejemplo: china, filipina, hindú, vietnamita, etc.)

☐ **Negra / Afroamericana** (por ejemplo: afroamericana, haitiana, etíope, etc.)

☐ **Hispana o Latina** (por ejemplo: mexicana, salvadoreña, puertorriqueña, cubana, etc.)

☐ **De Medio Oriente o África del Norte** (por ejemplo: libanesa, iraní, egipcia, siria, etc.)

☐ **Nativa de Hawái / Isleña del Pacífico** (por ejemplo: nativa de Hawái, samoana, fiyiana, etc.)

☐ **Blanca** (por ejemplo: inglesa, alemana, irlandesa, italiana, polaca, etc.)

☐ **Otro grupo:** (por favor, escriba la información):

#### Sección 2: Condiciones de salud

2 ¿Alguna vez ha tenido alguno de los siguientes problemas de salud? (Marque todas las opciones que apliquen)

|                                                                     |                                                                      |                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Asma                                       | <input type="checkbox"/> Diabetes                                    | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral (incluida la hemorragia cerebral) |
| <input type="checkbox"/> Depresión, bipolaridad o esquizofrenia     | <input type="checkbox"/> Problemas de vejiga o intestinales          | <input type="checkbox"/> Problemas de la vista o en los ojos                |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (incluida la leucemia)              | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición                      | <input type="checkbox"/> Convulsiones                                       |
| <input type="checkbox"/> EPOC o enfermedad pulmonar                 | <input type="checkbox"/> Obesidad severa                             | <input type="checkbox"/> Enfermedad vascular                                |
| <input type="checkbox"/> Neumonía u otras infecciones pulmonares    | <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta                      | <input type="checkbox"/> Problemas de adicción a las drogas o el alcohol    |
| <input type="checkbox"/> Demencia o pérdida de la memoria           | <input type="checkbox"/> Problemas en los pies                       | <input type="checkbox"/> Trasplante(s) de órgano(s) en el pasado:           |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática (etapa terminal)       | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (etapa 5)                  | ¿Qué órgano? _____                                                          |
| <input type="checkbox"/> Artritis reumatoide, problemas articulares | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA                                  | Fecha del trasplante: _____                                                 |
| <input type="checkbox"/> Parálisis (cuadruplejía)                   | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca, insuficiencia cardíaca | <input type="checkbox"/> Otros: _____                                       |
| <input type="checkbox"/> Problemas para mover un lado del cuerpo    | <input type="checkbox"/> Latidos cardíacos irregulares               | <input type="checkbox"/> Ninguno                                            |

#### Sección 3: Su salud y las consultas con los médicos (atención preventiva)

|                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
|----------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------|
| 3                                                                          | ¿Cómo calificaría su salud actual?<br><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Aceptable<br><input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Mala<br><input type="checkbox"/> Buena                                      | 4                                                                                                                                                                                              | ¿Utiliza productos de tabaco?<br><input type="checkbox"/> Sí, cigarrillos o cigarros<br><input type="checkbox"/> Sí, vapeadores<br><input type="checkbox"/> Ninguno                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 5                                                                          | ¿Cuándo se realizó su última revisión?                                                                                                                                                                                                                 | 6                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo se realizó su última mamografía?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 7                                                                          | ¿Cuándo se realizó su último análisis de sangre?                                                                                                                                                                                                       | 8                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo se realizó su último examen de detección de cáncer de colon?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 9                                                                          | ¿Realiza de manera regular algún tipo de actividad física o ejercicio?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                      | 10                                                                                                                                                                                             | ¿Le han ofrecido una consulta de cuidados paliativos para ayudar a manejar las condiciones crónicas?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 11                                                                         | En general, ¿se siente cómodo(a) cuando realiza las siguientes actividades de la vida diaria?                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
|                                                                            | Comer<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda                                                                                                                                     | Cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, afeitarse, cortarse las uñas, etc.<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
|                                                                            | Vestirse y desvestirse<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda                                                                                                                    | Acostarse o levantarse de la cama y moverse por su hogar libremente<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
|                                                                            | Usar el inodoro<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda                                                                                                                           | Bañarse o ducharse completamente<br><input type="checkbox"/> Puedo hacerlo de manera independiente<br><input type="checkbox"/> Necesito ayuda                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 12                                                                         | Si tiene diabetes o una condición cardíaca, ¿está tomando estatina (medicamento para el colesterol)?<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                    | 13                                                                                                                                                                                             | ¿Cuándo se realizó su último examen de retina con dilatación de pupilas?<br>Fecha del examen: _____ Ubicación: _____<br><br>¿Se encontró una retinopatía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 14                                                                         | ¿Cuál fue el nivel de A1c en su último análisis de sangre?<br>Fecha del análisis: _____ Nivel: _____                                                                                                                                                   | 15                                                                                                                                                                                             | ¿Cuándo se realizó su último examen renal (orina o eGFR)?<br>Fecha del examen: _____ Resultados (si los conoce): _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 16                                                                         | ¿Cuándo fue la última medición de su presión sanguínea?<br>Fecha de medición: _____ Niveles de presión sanguínea: ____/____<br>Lugar donde se realizó la medición:<br><input type="checkbox"/> En casa <input type="checkbox"/> Consultorio del médico | 17                                                                                                                                                                                             | ¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas durante este año?<br><table border="0"> <tr> <td><b>Gripe</b><br/><input type="checkbox"/> Sí<br/><input type="checkbox"/> No</td> <td><b>Neumonía</b><br/><input type="checkbox"/> Sí<br/><input type="checkbox"/> No</td> <td><b>COVID</b><br/><input type="checkbox"/> Sí<br/><input type="checkbox"/> No</td> <td><b>Otras</b><br/><input type="checkbox"/> Sí<br/><input type="checkbox"/> No</td> </tr> </table> | <b>Gripe</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <b>Neumonía</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <b>COVID</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <b>Otras</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No |
| <b>Gripe</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No | <b>Neumonía</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                          | <b>COVID</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                                                                                                                     | <b>Otras</b><br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 18                                                                         | Si no se vacuna de manera regular, ¿por qué?<br>_____                                                                                                                                                                                                  | 19                                                                                                                                                                                             | Si recibió otra(s) vacuna(a) durante este año, ¿cuál(es) recibió?<br>_____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |
| 20                                                                         | ¿Cómo describiría sus hábitos alimenticios?<br><input type="checkbox"/> Saludables y balanceados<br><input type="checkbox"/> Algo saludables<br><input type="checkbox"/> Poco saludables o sin una alimentación regular                                | 21                                                                                                                                                                                             | ¿Actualmente bebe alcohol o utiliza drogas o sustancias recreativas?<br><input type="checkbox"/> Sí, de manera regular<br><input type="checkbox"/> Sí, de manera ocasional<br><input type="checkbox"/> No o prefiero no decirlo                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                            |                                                                               |                                                                            |                                                                            |

|                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
|--------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 22                                                           | ¿Cuántas veces ha sido hospitalizado(a) en los últimos 12 meses?<br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-2 <input type="checkbox"/> 3-5 <input type="checkbox"/> Más de 5 veces                                                                             | 23 | ¿Cuántas veces a acudido a la sala de emergencias (emergency room, ER) en los últimos 12 meses?<br><input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1-3 <input type="checkbox"/> 4-7 <input type="checkbox"/> Más de 7 veces              |
| 24                                                           | ¿Ha tenido alguna estadía en un Centro de Enfermería Especializada (Skilled Nursing Facility, SNF) o Centro de Rehabilitación Aguda en los últimos 12 meses?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                      |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Sección 4: Movimiento y equilibrio (riesgo de caídas)</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 25                                                           | ¿Se ha caído durante el año pasado?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                               | 26 | ¿Se siente inestable mientras camina o se pone de pie?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                            |
| 27                                                           | ¿Necesita ayuda para caminar o ponerse de pie?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                    | 28 | ¿Su médico ha realizado una prueba de marcha cronometrada que duró 12 segundos o más?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                             |
| 29                                                           | ¿Tiene problemas para ver con claridad?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                           | 30 | ¿Le han realizado un examen de la vista en el último año?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                         |
| <b>Sección 5: Medicamentos, alergias y dolor</b>             |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 31                                                           | ¿Toma medicamentos recetados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si su respuesta es sí, ¿cuántos toma? _____<br>Enumere todos los medicamentos conocidos:                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 32                                                           | ¿Alguno de los medicamentos le producen mareos, somnolencia o confusión?<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                      | 33 | ¿Actualmente siente dolor o malestar?<br><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí. Si su respuesta es sí, ¿dónde?<br><br>¿Cuál es el nivel del dolor en una escala del 0 al 10?<br><br>(0 = Ningún dolor, 10 = El peor dolor) |
| 34                                                           | ¿Tiene alguna alergia conocida?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br><br>Si su respuesta es sí, enumere los alérgenos:                                                                                                                              | 35 | ¿Recibe ayuda adicional de Medicare para pagar sus medicamentos?<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                              |
| <b>Sección 6: Apoyo y vida social</b>                        |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 36                                                           | ¿Se siente seguro(a) en su hogar?<br><br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                                                                                             | 37 | ¿Tiene a un(a) cuidador(a) que lo(a) ayude en este momento?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si su respuesta es sí, ¿cuántos días por semana?                                                                   |
| 38                                                           | ¿Cuenta con algún miembro de la familia o alguna otra persona que esté dispuesto a ayudarle cuando lo necesita?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                   |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 39                                                           | ¿Alguna vez ha pensado que su cuidador(a) tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?<br><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No                                                                                                     |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| 40                                                           | ¿Con qué frecuencia habla con amigos cercanos / familiares o los ve?<br><input type="checkbox"/> Menos de 1 vez por semana <input type="checkbox"/> 3-5 veces por semana<br><input type="checkbox"/> 1-2 veces por semana <input type="checkbox"/> Más de 5 veces por semana |    |                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>Sección 7: Vivienda y transporte</b>                      |                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                                              |

|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                                    |                            |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| 41                                                  | ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?<br><input type="checkbox"/> Tengo un lugar estable donde vivir<br><input type="checkbox"/> Tengo un lugar donde vivir hoy, pero estoy preocupado(a) por perderlo en el futuro<br><input type="checkbox"/> No tengo un lugar estable donde vivir ( <i>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</i> ) |                          |                          |                                    |                            |
| 42                                                  | ¿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? ( <i>marque todas las opciones que apliquen</i> )<br><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a las citas médicas o conseguir los medicamentos<br><input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido ir a reuniones no médicas, citas o trabajo o conseguir las cosas que necesito<br><input type="checkbox"/> No   |                          |                          |                                    |                            |
| <b>Sección 8: Alimentación y servicios públicos</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                                    |                            |
| 43                                                  | En los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado por quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?<br><input type="checkbox"/> Usualmente cierto<br><input type="checkbox"/> Algunas veces cierto<br><input type="checkbox"/> Nunca es cierto                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                                    |                            |
| 44                                                  | En los últimos 12 meses, ¿la empresa de electricidad, gas, petróleo o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?<br><input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> Ya me cortaron el servicio                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                                    |                            |
| <b>Sección 9: Estado de ánimo y salud emocional</b> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                                    |                            |
| 45                                                  | En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido fastidiado(a) por cualquiera de los siguientes problemas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                          |                          |                                    |                            |
|                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>Para nada</b>         | <b>Varios días</b>       | <b>Más de la mitad de los días</b> | <b>Casi todos los días</b> |
| <i>Marque una casilla para cada afirmación:</i>     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                          |                          |                                    |                            |
| Pérdida de interés o alegría por las cosas:         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |
| Sensación de decaimiento, depresión o desesperanza: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/>           | <input type="checkbox"/>   |

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