

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)

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

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

3	¿Cómo calificaría su salud actual? ☐ Excelente ☐ Aceptable ☐ Muy buena ☐ Mala ☐ Buena	4	¿Utiliza productos de tabaco? ☐ Sí, cigarrillos o cigarros ☐ Sí, vapeadores ☐ 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? ☐ Sí ☐ No	10	¿Le han ofrecido una consulta de cuidados paliativos para ayudar a manejar las condiciones crónicas? ☐ Sí ☐ No				
11	En general, ¿se siente cómodo(a) cuando realiza las siguientes actividades de la vida diaria?						
	Comer ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda	Cepillarse el cabello, cepillarse los dientes, afeitarse, cortarse las uñas, etc. ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda					
	Vestirse y desvestirse ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda	Acostarse o levantarse de la cama y moverse por su hogar libremente ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda					
	Usar el inodoro ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda	Bañarse o ducharse completamente ☐ Puedo hacerlo de manera independiente ☐ Necesito ayuda					
12	Si tiene diabetes o una condición cardíaca, ¿está tomando estatina (medicamento para el colesterol)? ☐ Sí ☐ No	13	¿Cuándo se realizó su último examen de retina con dilatación de pupilas? Fecha del examen: _____ Ubicación: _____ ¿Se encontró una retinopatía? ☐ Sí ☐ No				
14	¿Cuál fue el nivel de A1c en su último análisis de sangre? Fecha del análisis: _____ Nivel: _____	15	¿Cuándo se realizó su último examen renal (orina o eGFR)? Fecha del examen: _____ Resultados (si los conoce): _____				
16	¿Cuándo fue la última medición de su presión sanguínea? Fecha de medición: _____ Niveles de presión sanguínea: ____/____ Lugar donde se realizó la medición: ☐ En casa ☐ Consultorio del médico	17	¿Ha recibido alguna de las siguientes vacunas durante este año? <table border="1"> <tr> <td>Gripe ☐ Sí ☐ No</td> <td>Neumonía ☐ Sí ☐ No</td> <td>COVID ☐ Sí ☐ No</td> <td>Otras ☐ Sí ☐ No</td> </tr> </table>	Gripe ☐ Sí ☐ No	Neumonía ☐ Sí ☐ No	COVID ☐ Sí ☐ No	Otras ☐ Sí ☐ No
Gripe ☐ Sí ☐ No	Neumonía ☐ Sí ☐ No	COVID ☐ Sí ☐ No	Otras ☐ Sí ☐ No				
18	Si no se vacuna de manera regular, ¿por qué? _____	19	Si recibió otra(s) vacuna(a) durante este año, ¿cuál(es) recibió? _____				
20	¿Cómo describiría sus hábitos alimenticios? ☐ Saludables y balanceados ☐ Algo saludables ☐ Poco saludables o sin una alimentación regular	21	¿Actualmente bebe alcohol o utiliza drogas o sustancias recreativas? ☐ Sí, de manera regular ☐ Sí, de manera ocasional ☐ No o prefiero no decirlo				

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

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

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