

Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Inicial del segundo nombre:
Número de identificación del miembro de Clever Care:	Fecha de nacimiento:	Fecha de finalización de la HRA:
Número de teléfono del miembro:	Nombre del proveedor de atención primaria (PCP):	
Cómo se completó la HRA:		
<input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telesalud/Virtual <input type="checkbox"/> Papel		
Si corresponde, indique todas las personas que ayudaron a completar este formulario (p. ej., proveedor, familiar, amigo, corredor de seguros):		
Nombre(s):	Relación con el miembro:	
Nombre del corredor de seguros:	NPN del corredor de seguros:	

## Información sobre mí

**1. Describa cualquier aspecto relacionado con su cultura, sus creencias, prácticas religiosas o cualquier otro aspecto importante para usted que nos ayude a prestarle un mejor servicio.**

---

---

**2. a. ¿Cuál es su situación actual con respecto a la vivienda?**

- ☐ Tengo un lugar estable para vivir
- ☐ No tengo vivienda (me quedo en la casa de otra persona, en un hotel, en un refugio, vivo al aire libre en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque). Explique: \_\_\_\_\_

**b. ¿Le preocupa perder su vivienda?**

- ☐ No      ☐ Sí, explique: \_\_\_\_\_

**3. ¿Se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente?**

- ☐ Sí      ☐ No, explique: \_\_\_\_\_

**4. ¿Con quién vive actualmente?**

- ☐ Solo      ☐ Con mi cónyuge, familiares o amigos      ☐ Otro: \_\_\_\_\_

**5. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?**

- ☐ Sí, me ha impedido acudir a citas médicas.
- ☐ Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir artículos que necesito, como comestibles.
- ☐ No

6. En el último año, ¿usted o algún familiar con el que vive no han podido obtener alguno de los siguientes artículos por falta de dinero, acceso o disponibilidad cuando lo necesitó? **Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- ☐ Alimentos ☐ Servicios públicos ☐ Teléfono ☐ Ropa  
☐ Atención de salud (médica, dental, salud mental, visión)  
☐ Otro: \_\_\_\_\_ ☐ Ninguna

7. ¿Tiene una Directiva Anticipada o Testamento en Vida para asegurarse de que se respeten sus deseos médicos en caso de que no pueda comunicarse por sí mismo (p. ej., debido a una enfermedad o lesión)?

- ☐ Sí, mis deseos están documentados en una directiva anticipada o un testamento en vida.  
☐ No, actualmente no tengo instrucciones escritas ni documentación al respecto.

## Examen de detección del dolor

8. ¿Siente algún dolor ahora o ha sentido dolor en las últimas dos semanas?

- ☐ No  
☐ Sí

En el peor de los casos, ¿qué tan intenso es su dolor (0 a 10, donde 10 es el peor)?



☐ 0 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10

¿Ha hablado con su médico o con otra persona sobre cómo controlar el dolor?

- ☐ Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
☐ No

9. Seleccione si utiliza alguno de los siguientes equipos:

- ☐ No tiene/utiliza ningún equipo
- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Dentaduras postizas     | <input type="checkbox"/> Dispositivo de alerta médica                              | <input type="checkbox"/> Silla elevadora             |
| <input type="checkbox"/> Audífonos               | <input type="checkbox"/> Equipo de transferencia                                   | <input type="checkbox"/> Lentes de contacto/anteojos |
| <input type="checkbox"/> Inodoro junto a la cama | <input type="checkbox"/> Suministros para la incontinencia (almohadillas, toallas) | <input type="checkbox"/> Equipo de baño              |
| <input type="checkbox"/> Andador/Bastón          | <input type="checkbox"/> Silla de ruedas (manual, eléctrica)                       |  |
- ☐ Otro: \_\_\_\_\_
- ☐ Enumere los equipos que necesita, pero que no tiene: \_\_\_\_\_

## Conexiones de comunicación

10. ¿En qué medida cree que puede comunicar sus necesidades o preocupaciones de atención médica a sus proveedores (incluidos los proveedores de atención domiciliaria, médica y de salud mental)?

- ☐ Bien, puedo comunicar todas mis necesidades y preocupaciones.  
☐ Regular, puedo comunicar algunas pero no todas las necesidades o preocupaciones.  
☐ Deficiente, generalmente tengo dificultades para entender. Explique: \_\_\_\_\_

**11. ¿Qué tan bien comprende las instrucciones de los proveedores de atención médica con respecto a su cuidado de salud?**

- ☐ Bien, no tengo dificultad para entender.
- ☐ Regular, a veces tengo problemas para entender.
- ☐ Deficiente, generalmente tengo dificultades para entender. Explique: \_\_\_\_\_

**12. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha alcanzado?**





- ☐ Superior al título de escuela secundaria
- ☐ Diploma de escuela secundaria/título de equivalencia general (GED)
- ☐ Inferior al título de escuela secundaria

## Mi salud

**13. En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo diría que es su salud? (Seleccione una opción).**

- ☐  Excelente
- ☐  Buena
- ☐  Regular
- ☐  Mala

**14. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?**

	 Nada en absoluto	 Varios días	 Más de la mitad de los días	 Casi todos los días
<b>a. Poco interés o placer en hacer cosas</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>b. Sensación de tristeza, depresión o desesperanza</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**15. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de las personas que lo rodean?**

- ☐ Nunca
- ☐ A veces
- ☐ A menudo

**16. El estrés ocurre cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está?**

- ☐ Nada en absoluto
- ☐ Algo
- ☐ Bastante

**17. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- ☐ Enfermedad cardíaca (ataque al corazón, insuficiencia cardíaca)
- ☐ Presión arterial alta
- ☐ Diabetes (niveles altos de azúcar en sangre)
- ☐ Enfermedad pulmonar (asma, EPOC)
- ☐ Salud mental (depresión, ansiedad)
- ☐ Colesterol alto
- ☐ Otro (como derrame cerebral, artritis, cáncer): \_\_\_\_\_

**18. Indique los medicamentos que está tomando, incluyendo la frecuencia y la dosis, así como cualquier terapia alternativa o medicina herbaria.**

Nombre del medicamento	Dosificación/concentración	¿Con qué frecuencia lo toma?

**19. ¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos según lo recetado?**

**(Marque todas las que correspondan)**

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nada                                | <input type="checkbox"/> No estoy seguro de cómo tomarlos | <input type="checkbox"/> No creo en los medicamentos |
| <input type="checkbox"/> No tengo un sistema para manejarlos | <input type="checkbox"/> Efectos secundarios              | <input type="checkbox"/> Costo                       |
| <input type="checkbox"/> Dificultad para surtir recetas      | <input type="checkbox"/> Transporte/Acceso                | <input type="checkbox"/> Problemas visuales          |
| <input type="checkbox"/> Olvidos                             | <input type="checkbox"/> Programación                     | <input type="checkbox"/> Otro: _____                 |

**20. ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio al menos 30 minutos?**

- ☐ Ninguna
 ☐ Uno o dos
 ☐ Tres o cuatro
 ☐ Cinco o más

**21. En el último año, ¿acudió a una sala de emergencias o permaneció una noche o más en un hospital?**

- ☐ No
 ☐ Sí, ¿cuántas veces? \_\_\_\_\_

**22. ¿Cuántas veces se cayó al suelo en el último año?**




- ☐ Ninguna
 ☐ Una o dos
 ☐ Tres o más

## Mi vida cotidiana

**23. Contar con cuidador: ¿hay alguien que le cuide o le ayude a ocuparse de su hogar con frecuencia, o que le ayude regularmente con los recados u otras tareas (como un familiar, amigo o asistente domiciliario)?**

- ☐ No
 ☐ Sí, nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

## 24. ¿Cuál es su capacidad para completar estas tareas?

	 No necesito ayuda	 Necesito un poco de ayuda o utilizo equipos	 Siempre necesito ayuda
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir y volver del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse o acostarse y levantarse de la silla o la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar, no subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir de compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Consumo de alcohol/tabaco

### 25. ¿Bebe alcohol?

☐ No ☐ Sí; ¿le interesa dejar o reducir la cantidad que consume? ☐ Sí ☐ No

### 26. ¿Consume actualmente productos con tabaco (como cigarrillos, cigarros, rapé, tabaco para masticar, vapeador, cigarrillos electrónicos)?

☐ No ☐ Sí; ¿le interesa dejar de fumar o reducir la cantidad que fuma? ☐ Sí ☐ No

## Objetivos de salud

### 27. ¿Cuáles son sus objetivos de salud para la vida cotidiana? Seleccione al menos uno de los objetivos de salud que se enumeran a continuación.

- ☐ Realizar un examen de bienestar anual con mi médico de atención primaria (PCP)
- ☐ Ser voluntario en una organización local, como una biblioteca, un refugio de animales o un comedor comunitario.
- ☐ Trabajar para mantener o aumentar mi equilibrio y fuerza para evitar caídas
- ☐ Hablar con mi médico para desarrollar un plan de ejercicio regular
- ☐ Seguir una dieta nutritiva y saludable para mantener o mejorar mi salud
- ☐ Otro objetivo personalizado: \_\_\_\_\_

### 28. ¿Hay algún obstáculo que pueda impedirle alcanzar sus objetivos?

- ☐ No
- ☐ Sí. Seleccione todas las opciones que correspondan:
  - ☐ Transporte ☐ Falta de motivación
  - ☐ Falta de tiempo ☐ Falta de recursos/equipos
  - ☐ Otro: \_\_\_\_\_