



Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)

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
 Dentaduras postizas Dispositivo de alerta médica Silla elevadora
 Audífonos Equipo de transferencia Lentes de contacto/anteojos
 Inodoro junto a la cama Suministros para la incontinencia (almohadillas, toallas) Equipo de baño
 Andador/Bastón 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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Varios días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Más de la mitad de los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Casi todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

a. Poco interés o placer en hacer cosas b. Sensación de tristeza, depresión o desesperanza

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. ¿Consumo 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:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Falta de motivación |
| <input type="checkbox"/> Falta de tiempo | <input type="checkbox"/> Falta de recursos/equipos |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |