

Esta evaluación de riesgos para la salud es voluntaria y sus respuestas no afectarán su inscripción o cobertura.

Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Inicial del segundo nombre:
Número de identificación del beneficiario de Medicare:	Fecha de nacimiento:	Fecha de finalización de la HRA:
Número de teléfono del miembro:	Nombre del médico/proveedor de atención primaria (PCP):	
Cómo se completó la HRA:		
☐ Por teléfono ☐ En persona ☐ Telesalud/virtual ☐ 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 preferencia cultural, religiosa o personal que deba considerarse en el marco de su atención.

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. ¿Con quién vive actualmente?

- ☐ Solo ☐ Con mi cónyuge, familiares o amigos (Nombre: _____)
- ☐ Otro: _____

4. ¿Se siente a salvo en su situación de vida actual?

- ☐ Sí ☐ No, explique: _____

5. En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia los problemas de transporte le impidieron recibir atención médica?

- ☐ Nunca ☐ A veces ☐ Habitualmente ☐ Siempre

6. En los últimos 12 meses, ¿hubo ocasiones en las que no pudo satisfacer sus necesidades básicas? (Selecione todas las opciones que correspondan)

- ☐ Alimentos ☐ Servicios públicos ☐ Teléfono ☐ Ropa
☐ Atención médica (médica, odontológica, salud mental, oftalmológica)
☐ Otro: _____ ☐ Ninguno

7. ¿Tiene una directiva anticipada o un 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 una 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.

Evaluación del dolor

8. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido dolor?

- ☐ No
☐ Sí → En el peor de los casos, ¿qué tan intenso es su dolor (de 0 a 10, donde 10 es el peor dolor)?



☐ 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 tengo/no utilizo ningún equipo
☐ Dentaduras postizas ☐ Dispositivo de alerta médica ☐ Silla elevadora
☐ Audífonos ☐ Equipo de transferencia ☐ Lentes de contacto/anteojos
☐ Cómoda junto a la cama ☐ Suministros para la incontinencia (apósitos, 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 los últimos 6 meses, ¿en qué medida cree que ha podido comunicar sus necesidades o inquietudes de atención médica a sus proveedores/médicos?

- ☐ Muy bien ☐ A veces bien ☐ No muy bien

11. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia las instrucciones de sus proveedores/médicos fueron fáciles de entender?

- ☐ Siempre, no tuve problemas para entender ☐ A veces, tuve problemas para entender ☐ Nunca, tuve problemas para entender

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 general, ¿cómo calificaría su salud general? (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
a. Poco interés o placer en hacer cosas	☐	☐	☐	☐
b. Sensación de tristeza, depresión o desesperanza	☐	☐	☐	☐

15. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido problemas de memoria o razonamiento?

- ☐ Sí ☐ No ☐ No lo sé

16. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado?

- ☐ Nunca ☐ A veces ☐ A menudo

17. ¿Tiene a alguien en quien pueda confiar para obtener ayuda si es necesario?

- ☐ Sí ☐ No

18. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto estrés ha experimentado?

- ☐ Nada en absoluto ☐ Algo ☐ Bastante

19. Indique todos los medicamentos que está tomando, junto con la frecuencia y la dosis, así como cualquier terapia alternativa y medicina herbaria.

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

20. ¿Con qué frecuencia toma sus medicamentos según las indicaciones?

- ☐ Siempre ☐ Habitualmente
☐ Nunca → ¿Qué le impide tomar sus medicamentos según las indicaciones? _____

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

Trastornos autoinmunitarios

- ☐ Dermatomiositis
☐ Poliarteritis nodosa
☐ Polimialgia reumática
☐ Polimiositis
☐ Artritis psoriásica
☐ Artritis reumatoide
☐ Esclerodermia
☐ Lupus eritematoso sistémico

☐ **Cáncer** (monitoreo activo)

Trastornos cardiovasculares

- ☐ Arritmia cardíaca
☐ Insuficiencia cardíaca crónica
☐ Enfermedad de las arterias coronarias
☐ Enfermedad vascular periférica
☐ Enfermedad cardíaca valvular
☐ Trastorno tromboembólico venoso crónico

☐ **Dependencia crónica al alcohol o a las drogas**

Afecciones de salud mental crónicas e incapacitantes

- ☐ Trastornos bipolares
☐ Trastornos depresivos mayores
☐ Trastorno paranoide
☐ Esquizofrenia
☐ Trastorno esquizoafectivo

Enfermedad gastrointestinal crónica

- ☐ Pancreatitis
☐ Enfermedad inflamatoria intestinal

Enfermedad renal crónica/ERET

- ☐ Debe estar en diálisis

Enfermedades pulmonares crónicas

- ☐ Asma
☐ Bronquitis crónica
☐ Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
☐ Enfisema

Afecciones asociadas con el deterioro cognitivo

- ☐ Demencia
☐ Enfermedad de Alzheimer

Afecciones con problemas funcionales

- ☐ Lesiones de la médula espinal
☐ Parálisis
☐ Artritis

☐ **Diabetes**

☐ **Hepatitis B** o ☐ **Hepatitis C**

Inmunodeficiencia y trastornos inmunodepresores

- ☐ VIH/sida

Trastornos neurológicos

- ☐ Esclerosis lateral amiotrófica (ELA)
☐ Fibromialgia
☐ Síndrome de fatiga crónica
☐ Lesión de la médula espinal
☐ Epilepsia
☐ Parálisis cerebral
☐ Parálisis extensa (es decir, hemiplejía, cuadriplejía, paraplejía, monoplejía)
☐ Enfermedad de Huntington
☐ Esclerosis múltiple
☐ Enfermedad de Parkinson
☐ Polineuropatía
☐ Estenosis espinal
☐ Déficit neurológico relacionado con accidente cerebrovascular

☐ **Enfermedad de hígado graso no alcohólico**

☐ **Atención posterior a un trasplante de órganos**

Trastornos hematológicos graves

- ☐ Anemia aplásica
☐ Hemofilia
☐ Púrpura trombocitopénica inmunitaria
☐ Síndrome mielodisplásico
☐ Enfermedad de células falciformes (sin incluir el rasgo de células falciformes)

22. ¿Cuántos días a la semana hace ejercicio durante, al menos, 30 minutos?

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

23. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces acudió a la sala de emergencias o fue hospitalizado?

- ☐ Ninguna ☐ Una o dos ☐ Tres o más

24. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?

- ☐ Ninguna ☐ Una o dos ☐ Tres o más

25. ¿Tiene alguna inquietud de seguridad en su hogar, como alfombras sueltas, mala iluminación, escaleras/baños poco seguros o detectores de humo y monóxido de carbono que no funcionan?

☐ No

☐ Sí, explique: _____

Mi vida cotidiana

26. 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)? ¿Cuál es el número de teléfono del cuidador?

☐ No

☐ Sí, nombre del cuidador: _____

Teléfono del cuidador: _____

27. ¿Cuál es su capacidad para completar estas tareas?

	 No necesito ayuda	 Necesito un poco de ayuda o utilizo equipos	 Siempre necesito ayuda
Bañarse	☐	☐	☐
Asearse	☐	☐	☐
Vestirse	☐	☐	☐
Ir y volver del baño	☐	☐	☐
Sentarse o acostarse y levantarse de la silla o la cama	☐	☐	☐
Caminar, no subir escaleras	☐	☐	☐
Ir de compras	☐	☐	☐
Preparar las comidas	☐	☐	☐
Alimentarse	☐	☐	☐
Usar el teléfono	☐	☐	☐
Limpiar	☐	☐	☐
Lavar	☐	☐	☐

Consumo de alcohol/tabaco

28. ¿Bebe alcohol?

☐ No

☐ Sí, ¿le interesa dejar de beber o reducir la cantidad que bebe?

☐ Sí

☐ No

29. ¿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

30. ¿Cuáles son sus objetivos de salud? (Seleccione al menos una opción)

- ☐ Seguir una dieta nutritiva y saludable para mantener o mejorar mi salud
- ☐ Realizar un examen de bienestar anual con mi médico/proveedor de atención primaria (PCP)
- ☐ Trabajar para mantener o aumentar mi equilibrio y fuerza para evitar caídas
- ☐ Hablar con mi médico para desarrollar un plan de ejercicio regular
- ☐ Otro objetivo personalizado: _____

31. ¿Qué tanta confianza se tiene para alcanzar sus objetivos?

- ☐ Mucha ☐ Bastante ☐ Poca

32. ¿Hay algún obstáculo que dificulte alcanzar sus objetivos?

- ☐ No
- ☐ Sí; seleccione todas las opciones que correspondan:
- | | |
|--|--|
| ☐ Transporte | ☐ Falta de motivación |
| ☐ Falta de tiempo | ☐ Falta de recursos/equipos |
| ☐ Otro _____ | |