

Evaluación de Riesgos de Salud del Asociado

A continuación, encontrarás algunas preguntas sobre su salud. La información proporcionada será tratada de forma confidencial. Nuestros coordinadores de atención revisarán esta información para evaluar sus necesidades de atención médica y generar un plan de cuidados, según sea necesario, con usted y sus médicos. Completar y enviar este formulario implica que acepta que esta información se utilice para este propósito. Si no está seguro de cómo responder a una pregunta, seleccione o responda lo mejor que pueda.

INFORMACIÓN GENERAL

Raza/Etnicidad: _____ Género: Masculino Femenino Preferencia de Contacto: Teléfono Correo Email

¿Idiomas que Habla? _____ ¿Nivel de Educación? _____ ¿Tiene preferencia religiosa? Sí, _____ No

Nombre de su Médico Primario: _____ ¿Tuvo su visita anual con su Médico Primario? Sí, _____ No

¿Dónde vive actualmente? Casa Independiente, Apartamento, Casa Rodante Centro de Vida Asistida o Asilo Centro Geriátrico Sin Hogar

¿Vive solo? Sí No ¿Tiene un amigo, pariente, o vecino que pueda cuidarlo por unos días si es necesario? Sí No

¿Tiene un Poder de legal médico (alguien que tome decisiones médicas por usted en caso de que no pueda hacerlo)? Sí No No Estoy Seguro(a)

¿Tiene una directiva avanzada o un testamento? Sí No No Estoy Seguro(a)

En caso afirmativo, ¿está archivada una copia en la oficina de su médico? Sí No No Estoy Seguro(a)

SALUD Y BIENESTAR

¿Estatura? Pies: _____ Pulgadas: _____ ¿Peso? _____ libras Calcular el IMC: _____

¿Cómo evaluarías su salud en general? Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre

¿Es para usted importante tomar un papel activo en su atención médica? Sí No ¿Tiene transporte para citas médicas? Sí No

¿Está usted seguro de saber cuándo buscar atención médica y cómo cuidarse? Sí No

¿Habla con su médico sobre problemas de salud, incluyendo las relaciones íntimas? Sí No

En los últimos 6 meses, ¿cuántas noches se ha tenido usted que quedarse en el hospital como paciente? 0 1 2 3 o mas

En los últimos 3 meses, ¿con qué frecuencia fue a la sala de emergencias? 0 1 2 3 o mas

¿Cuántas horas de sueño suele conseguir? _____ En los últimos 7 días, ¿se ha sentido somnoliento durante el día? Sí No

¿Cómo describiría la condición de su boca y dientes, incluyendo dentaduras postizas? Excelente Muy Buena Buena Regular Pobre

Nombre del Asociado: _____

Identificación del Asociado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

¿Cuándo fue la última vez que recibió un(a):	En el año pasado	En los último 2-4 años	En los último 5 años	En los último 10 años	Nunca	No Aplica
¿Vacuna contra la gripe?						
¿Vacuna contra la neumonía?						
¿Vacuna contra el Covid-19?						
¿Prueba de próstata?						
¿Prueba de densidad ósea?						
¿Detección de Cáncer de Mama (Mamografía)?						
¿Detección del Cáncer Colorrectal (Colonoscopia)?						
¿Detección de Cáncer Cervical (PAP)?						

SALUD EMOCIONAL

- En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido deprimido o desesperado? Sí No
- En las últimas 2 semanas, ¿ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas? Sí No
- En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido nervioso, ansioso, enojado o molesto? Sí No
- En las últimas 2 semanas, ¿ha estado estresado al manejar su salud, finanzas, relaciones familiares o trabajo? Sí No
- ¿Su estado emocional le ha causado angustia o ha interferido con su capacidad para relacionarse socialmente con familiares o amigos? Sí No
- ¿Siente que tiene el apoyo social y emocional que necesita? Sí No

HISTORIAL MÉDICO

¿Qué condiciones médicas tiene actualmente o ha tenido en el pasado? (por favor marque todos los que apliquen)

- | | | | | |
|---|---|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Infarto o Derame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Problema Escuchando | <input type="checkbox"/> Renal/Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Dolor: _____ |
| <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | | <input type="checkbox"/> Condiciones de piel | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) | | <input type="checkbox"/> Otra: _____ | | |

HISTORIA FAMILIAR

¿Qué condiciones médicas tiene usted en su historial familiar? (por favor marque todos los que apliquen)

- | | | | | |
|---|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema | <input type="checkbox"/> Pérdida de Memoria | <input type="checkbox"/> Hipertensión | <input type="checkbox"/> Infarto o Derame Cerebral |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad Coronaria | <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Osteoporosis | <input type="checkbox"/> Problemas de la Vista |
| <input type="checkbox"/> Desorden bipolar | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Problema Escuchando | <input type="checkbox"/> Renal/Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |
| <input type="checkbox"/> Cáncer (Tipo: _____) | | <input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Otra: _____ |

Nombre del Asociado: _____

Identificación del Asociado: _____

Fecha de Nacimiento: _____

ACTIVIDADES DIARIAS

¿Necesita ayuda para hacer lo siguiente?

¿Pararse desde una posición sentada? Sí No ¿Caminar dentro o fuera de la casa? Sí No ¿Usar el baño? Sí No
¿Preparando y comiendo su comida? Sí No ¿Vestirse? Sí No ¿Bañarse o ducharse? Sí No
¿Conducir o llegar a lugares? Sí No ¿Escribir o agarrar cosas pequeñas? Sí No ¿Organizar su día? Sí No

ESTILO DE VIDA

Alimentación Saludable

¿Con qué frecuencia come alimentos saludables (frutas frescas, pescado y verduras)? Nunca Raramente Algunas Veces A Menudo Siempre
¿Con qué frecuencia come alimentos poco saludables (alimentos fritos, dulces)? Nunca Raramente Algunas Veces A Menudo Siempre

Actividades Físicas

¿Hace ejercicio regularmente o participa en un programa de ejercicio físico? No Sí (Tipo y Frecuencia: _____)

La Seguridad

En los últimos seis (6) meses, ¿usted, se ha caído? No Sí Si se cayó, ¿ha hablado con su médico sobre esto? Sí No
¿Utiliza un cinturón de seguridad? Sí No

¿Con qué frecuencia consume tabaco, incluso productos de tabaco sin humo? Nunca 1-2 veces a la semana 3-6 veces a la semana Diario
¿Con qué frecuencia tomas bebidas alcohólicas? Nunca 1-2 veces a la semana 3-6 veces a la semana Diario
¿Con qué frecuencia usas drogas recreativas? Nunca 1-2 veces a la semana 3-6 veces a la semana Diario

Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido algún problema en su hogar que haya provocado insultos, amenazas, gritos, golpes o insultos? Sí No

MEDICAMENTOS

¿Cuántos medicamentos toma? _____ Por favor proporcione nombre, dosis y frecuencia: _____

¿Encuentra que a veces tienes que elegir entre comprar alimentos o medicamentos? Sí No

¿Quisiera participar en el programa de Manejo de su caso sin ningún costo? Sí No

Nombre de la persona que completa este HRA: _____ Firma: _____ Fecha: _____