

**Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)**

Estimado Miembro:

Al responder las preguntas siguientes, nos ayudará a encontrar maneras para ayudarle a continuar sintiéndose bien y mejorar su salud. Responda todas las preguntas que pueda y devuelva este formulario en el sobre adjunto con franqueo pagado.

<b>MBI N.º</b>	<b>N.º de Id. de Miembro:</b>	<b>Fecha de Entrada en Vigencia</b>	<b>Teléfono de la Casa</b>	<b>Plan</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Nombre</b>	<b>Apellido</b>	<b>Fecha de Nacimiento</b>	<b>Sexo</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
<b>Dirección</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Estado</b>	<b>Código Postal</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Número de Teléfono Celular</b>	<b>Dirección de Correo Electrónico</b>			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

¿Cuál es su método de comunicación preferido?  Teléfono Celular  Correo Electrónico

¿Utiliza alguno de los siguientes en casa?

Tableta o Teléfono Inteligente  Computadora Portátil o Computadora de Escritorio  Televisión por Cable  Ninguna

¿Tiene acceso a Internet en casa?

Sí  No  No está seguro

¿Está abierto a una visita virtual/de telemedicina con su proveedor?

Sí  No  No está seguro

¿Desea participar en la revisión del Equipo de Atención Interdisciplinaria (ICT)?

Sí  No  No está seguro

Autorizo a Brand New Day a enviarme información sobre mi plan

Sí  No

**Médico de Atención Primaria**

**Sales Agent Information**

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

**Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)**

**Signature**

**Date**

**Relationship to Enrollee**

**Agent NPN**

**Agent Phone Number**

**Agent License Number**

**FMO**

## Sección A: Atención Médica

**A1:** En general, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente  Muy bien  Buena  Regular  Mala

**A2:** En los últimos 12 meses, ¿pasó la noche internado como paciente en el hospital?

No  1-2 veces  3-5 veces  >6 meses

**A3:** ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio?

>5 días  4-3 días  2-1 días  Casi nunca  Nunca

**A4:** ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ **A5:** ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ libras

**A6:** Sin quererlo, ¿bajó o subió 10 libras (4.5kg) en los últimos seis meses?  Sí  No

**A7:** ¿Recibió una vacuna contra la gripe este año?  Sí  No

**A8:** ¿Recibió una vacuna contra la neumonía?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**A9:** ¿Se ha realizado una colonoscopia?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿Cuándo? \_\_\_\_\_ Dónde: \_\_\_\_\_

**A10:** ¿Está utilizando servicios de atención de salud en el hogar?  Sí  No

**A11:** ¿Se ha caído en el último mes?  Sí  No

**A12:** ¿El médico le dijo que tiene alguna de las siguientes condiciones?:

Cáncer  Demencia  Diabetes/Azúcar en Sangre Alta  Problemas de Salud Mental  Ninguna

**A13:** ¿Su padre, madre, hermana o hermano tienen Diabetes?  Sí  No

**A14:** ¿Fuma cigarrillos en la actualidad?  Sí  No

**A15:** En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día? \_\_\_\_\_

**A16:** ¿Por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

**A17:** ¿Actualmente utiliza Equipo Médico Duradero o dispositivos médicos?  Sí  No


**A18:** Si respondió afirmativamente a la pregunta A17, especifique qué equipo o dispositivo médico utiliza de los mencionados a continuación:

Silla de ruedas  Andador  Bastón  Retrete portátil  
 Colchón de Presión  Cama de Hospital  Asientos de Inodoro  Pañales  
 Máquina CPAP/Apnea del Sueño  Oxígeno  Silla para Baño  Catéteres

Otro: \_\_\_\_\_

**Sección A: Atención Médica****A19:** ¿A qué medicamentos es alérgico? \_\_\_\_\_**A20:** ¿A veces se olvida de tomar sus medicamentos?  Sí  No**A21:** ¿Qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_**A22:** ¿Ha recibido una vacuna contra el COVID?  Sí  No

Redondee el Nombre de la Vacuna: Moderna/Pfizer/Johnson &amp; Johnson (Janssen)/Covidencia/Otro: \_\_\_\_\_

**Si la Respuesta es Afirmativa:** Fecha de la primera dosis: \_\_\_\_\_ Fecha de la segunda dosis: \_\_\_\_\_**Sección B: Salud Conductual***Para B1 y B2, ¿durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia sintió molestias por alguno de los siguientes problemas?***B1:** Poco interés o placer al hacer las cosas: En absoluto  Más de la mitad de los días  Varios días  Casi todos los días**B2:** ¿Se sintió triste, deprimido o sin esperanza?: En absoluto  Más de la mitad de los días  Varios días  Casi todos los días**B3:** ¿Sus familiares o amigos están preocupados por su memoria?  Sí  No**B4:** ¿Alguna vez asistió a una reunión de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos?  Sí  No**B5:** ¿Se encuentra actualmente en recuperación por consumo de alcohol o de sustancias?  Sí  No**Alcohol:**Una bebida =  12 onzas (340g) Cerveza 5 oz (141.7g) Vino 1.5 onzas (42.5g) bebida blanca (un trago)**B6: Hombres:** ¿Cuántas veces durante el último año tomó 5 bebidas o más en un día?  Ninguna  1 o más**B7: Mujeres:** ¿Cuántas veces durante el último año tomó 4 bebidas o más en un día?  **B8:** ¿Cuántas veces durante el último año consumió una droga recreativa o utilizó un medicamento recetado por motivos no médicos?  

Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (anfeta, cristal), cannabis (marihuana, hierba), inhalantes (diluyente de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

**Sección B: Salud Conductual****B9:** ¿Qué tan a menudo siente que le falta compañía? Casi nunca  Algunas veces  A menudo  Casi todos los días**B10:** ¿Qué tan a menudo se siente excluido? Casi nunca  Algunas veces  A menudo  Casi todos los días**B11:** ¿Qué tan a menudo se siente aislado de los demás? Casi nunca  Algunas veces  A menudo  Casi todos los días**Sección C: Actividades de la vida diaria****C1:** Usted:  Ronca  Deja de respirar mientras duerme  N/C**C2:** Su somnolencia alguna vez:  Resultó en un accidente automovilístico Condujo a un cuasi accidente mientras conducía  N/C**C3:** Por la noche: Se despierta jadeando o ahogado Se despierta con frecuencia Se despierta para ir al baño N/C**C4:** Durante el día, ¿usted: Se siente somnoliento o adormecido sin querer? Tiene dolores de cabeza durante la mañana? Tiene dificultad con la memoria o la concentración? N/C**C5:** ¿Vive en: Una casa independiente, un apartamento, bloque de apartamentos o casa rodante Un apartamento de vida asistida o un hogar de albergue y cuidado Un centro de convalecencia N/C**C6:** ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_**C7:** ¿Hay algún amigo, familiar o vecino que podría cuidarlo algunos días si fuera necesario? Sí  No Nombre \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_**C8:** ¿Tiene transporte para ir y regresar de sus citas con el médico? Sí  No**C9:** ¿Tiene una Directiva Anticipada? Sí  No**C10:** ¿Tiene una POLST (Orden del Médico para el Tratamiento de Sostenimiento de Vida)? Sí  No

**Sección D: El Índice de Barthel**

Para cada sección, marque una casilla que le describirá más:

<b>ALIMENTACIÓN</b>	
Incapaz	0 <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda para cortar, untar mantequilla, etc., o requiere dieta modificada	5 <input type="checkbox"/>
Independiente	10 <input type="checkbox"/>
<b>BAÑARSE</b>	
Dependiente	0 <input type="checkbox"/>
Independiente (o en la ducha)	5 <input type="checkbox"/>
<b>ASEARSE</b>	
Necesita ayuda con el cuidado personal	0 <input type="checkbox"/>
Independiente cara/cabello/dientes/afeitado (implementos proporcionados)	5 <input type="checkbox"/>
<b>VESTIRSE</b>	
Dependiente	0 <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda pero puede hacer alrededor de la mitad sin ayuda	5 <input type="checkbox"/>
Independiente (incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.)	10 <input type="checkbox"/>
<b>EVACUACIONES</b>	
Incontinencia (o necesita que le den enemas)	0 <input type="checkbox"/>
Accidentes ocasionales	5 <input type="checkbox"/>
Continente	10 <input type="checkbox"/>
<b>VEJIGA</b>	
Incontinente, o cateterizado e incapaz de manejarse solo	0 <input type="checkbox"/>
Accidentes ocasionales	5 <input type="checkbox"/>
Continente	10 <input type="checkbox"/>
<b>USO DEL INODORO</b>	
Dependiente	0 <input type="checkbox"/>
Necesita un poco de ayuda, pero puede hacer algo solo	5 <input type="checkbox"/>
Independiente (continuamente, vistiéndose, limpiándose)	10 <input type="checkbox"/>
<b>TRASLADOS (CAMA A SILLA Y VICEVERSA)</b>	
No puede, no tiene equilibrio para sentarse	0 <input type="checkbox"/>
Ayuda importante (una o dos personas, física), puede sentarse	5 <input type="checkbox"/>
Ayuda menor (verbal o física)	10 <input type="checkbox"/>
Independiente	15 <input type="checkbox"/>
<b>MOVILIDAD (EN SUPERFICIES NIVELADAS)</b>	
Inmóvil o < 50 yardas (45.72m)	0 <input type="checkbox"/>
Silla de ruedas independiente, incluye esquinas, > 50 yardas (45.72m)	5 <input type="checkbox"/>
Camina con ayuda de una persona (verbal o física) > 50 yardas (45.72m)	10 <input type="checkbox"/>
Independiente (pero puede usar cualquier ayuda; por ejemplo, palo) > 50 yardas (45.72m)	15 <input type="checkbox"/>
<b>ESCALERAS</b>	
Incapaz	0 <input type="checkbox"/>
Necesita ayuda (verbal, física, transporta ayuda)	5 <input type="checkbox"/>
Independiente	10 <input type="checkbox"/>

**PUNTUACIÓN TOTAL (0-100):**