

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

Al responder estas preguntas, nos ayuda a saber cómo podemos ayudarle para que siga sintiéndose bien y mejore su salud. Por favor responda todas las preguntas que pueda y regrese este formulario en el sobre adjunto con franqueo pagado. **¡Usted puede recibir \$25 en Premios cuando envíe su HRA completada por correo!**

<b>Número ID de Medicare</b>	<b>Número ID del Miembro</b>	<b>Plan</b>	<b>Fecha Entrada en Vigor</b>	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
<b>Nombre del Miembro</b>	<b>Apellido del Miembro</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 <input type="checkbox"/> Otro
<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>Teléfono de Casa</b>	<b>Teléfono de Celular</b>	<b>Correo Electrónico</b>		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		

Método preferido de comunicación  Celular  Teléfono de Casa

¿Utiliza algunos de estos en casa?

Tableta o Teléfono Inteligente  Computadora o Computadora Portátil

¿Tiene acceso al internet en casa?  Sí  No

¿Le interesa una visita virtual/ por teléfono con su proveedor de salud?  Sí  No

Si tiene Medi-Cal, ¿Quién es su doctor de Medi-Cal? Si es distinto a su doctor de Medicare.

Si tiene Medi-Cal, ¿Cuál es su plan de salud (proveedor del seguro)?

Si tiene Medi-Cal, ¿quién es su dentista?

Si tiene Medi-Cal, ¿quién es su Enhanced Care Manager (ECM) o trabajador social que coordina sus servicios de Medical? ¿Cuál es el número de teléfono?

Si tiene Medi-Cal, ¿qué servicios utiliza actualmente?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Servicios de ayuda en el hogar (IHSS)                 | <input type="checkbox"/> Salud mental del condado   |
| <input type="checkbox"/> Servicios comunitarios para adultos (CBAS)            | <input type="checkbox"/> Servicios de uso de sustancias del condado                       |
| <input type="checkbox"/> Servicios de transporte de Medi-Cal                   | <input type="checkbox"/> Asociación de Alzheimer  |
| <input type="checkbox"/> Beneficios dentales de Medi-Cal                       | <input type="checkbox"/> Servicios en el hogar y la comunidad (Programa de exención 1902) |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de Ayuda Comunitaria a través de Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Servicios Centro Regional  |
| <input type="checkbox"/> Proveedores de vivienda y falta de vivienda           |   |

**Médico de Cabecera:**

Es usted:

- |                                      |   |                                   |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleado    | <input type="checkbox"/> En discapacidad permanente | <input type="checkbox"/> Jubilado |
| <input type="checkbox"/> Desempleado | <input type="checkbox"/> En discapacidad temporal   |                                   |

¿En qué idioma prefiere hablar para su atención médica?

- |                                  |   |                                     |   |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Chino (incluidos cantonés, mandarín, hokkien, otras variantes) | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar        |
| <input type="checkbox"/> Español |   | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique cuál |
- 

¿Qué idioma prefiere por escrito para su atención médica?

- |                                  |   |                                     |   |
|----------------------------------|---|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Inglés  | <input type="checkbox"/> Chino (incluidos cantonés, mandarín, hokkien, otras variantes) | <input type="checkbox"/> Coreano    | <input type="checkbox"/> Prefiere no contestar        |
| <input type="checkbox"/> Español |   | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Otro, por favor indique cuál |
-

## Sección A: Médica

**A1:** En general, ¿Cómo considera su estado de salud?

Excelente  Muy Bueno  Bueno  Adecuado  Malo

**A2:** En los últimos 12 meses, ¿Ha pasado la noche como paciente en un hospital o instalación de atención médica (centro de convalecencia)?

No  1 a 2 veces  3 a 5 veces  Más de 6 veces

**A3:** ¿Tiene dolor crónico?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿en dónde?: \_\_\_\_\_

**A4:** En la escala de 0 (sin dolor) a 10 (dolor extremo, debilitador), ¿cómo calificaría su dolor en los últimos 30 días?

Respuesta (0-10): \_\_\_\_\_

**A5:** A la semana, ¿cuántas veces hace ejercicio?

5 o más días  3 a 4 días  1 a 2 días  A veces  Nunca

**A6:** ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ **A7:** ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ lbs.

**A8:** ¿Ha recibido algunos de estos? Indique todos lo que aplican:

Vacuna contra el flu  Vacuna contra la neumonía  Colonoscopia  Vacuna del COVID

**A9:** Su doctor le ha dicho que tiene: Indique todos los que aplican.

<input type="checkbox"/> Falla Cardíaca	<input type="checkbox"/> Coágulos de Sangre	<input type="checkbox"/> Incontinencia Urinaria
<input type="checkbox"/> Enfermedad Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Pulso Irregular	<input type="checkbox"/> Diálisis
<input type="checkbox"/> Ansiedad	<input type="checkbox"/> Osteoporosis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar/COPD
<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Enfermedad Vascul Periférica	<input type="checkbox"/> Enfermedad de Riñones Crónica
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Diabetes/ Azúcar Elevada en la Sangre	<input type="checkbox"/> Depresión
<input type="checkbox"/> Demencia	<input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta	<input type="checkbox"/> Esquizofrenia
<input type="checkbox"/> Colesterol Alto	<input type="checkbox"/> Cirrosis de Hígado	<input type="checkbox"/> Bipolar
<input type="checkbox"/> Otro: _____		<input type="checkbox"/> Ninguno de los Anteriores

**A10:** ¿Tiene alergias?  Sí  No

Si contestó que sí, ¿cuáles? \_\_\_\_\_

**A11:** : ¿Con qué frecuencia se olvida de sus medicamentos?

Casi todos los días  2 a 4 veces por semana  1 vez por semana  Nunca o casi nunca

## Sección B: Salud Conductual

Para **B1** y **B2**, en los últimos 30 días, ¿con qué frecuencia se molesta por las condiciones allí descritas?

**B1:** Poco interés o placer en hacer las cosas que solía hacer antes:

Para nada  Más de la mitad de los días  Varios días  Prácticamente todos los días

**B2:** Se siente decaído, deprimido o sin esperanza:

Para nada  Más de la mitad de los días  Varios días  Prácticamente todos los días

**B3:** ¿Usted, su familia/amigos, están preocupados por su memoria?  Sí  No

**B4:** ¿Con qué frecuencia se siente aislado de los demás?

Casi nunca  Parte del tiempo  Con frecuencia

**B5:** En el momento, ¿está en recuperación por uso de alcohol o sustancias?  Sí  No

**B6:** ¿Con qué frecuencia consume bebidas alcohólicas?

Nunca  2 o 3 veces al mes  4 veces o más a la semana  
 Una vez al mes o menos  2 a 4 veces a la semana  2 a 4 veces al mes

**B7:** ¿Fuma cigarrillos o tabaco?  Sí  No

**B8:** En el último año, ¿cuántas veces ha usado drogas recreativas o medicamentos con receta médica por razones no médicas?  Nunca  1 vez o más

## Sección C: Actividades de la Vida Diaria

**C1:** Usted vive en:

Independiente en una casa, apartamento, condo, o casa móvil  Centro de convalecencia  
 Apartamento de vivienda asistida u hogar de albergue y cuidado  Sin vivienda/Refugio

**C2:** ¿Utiliza Servicios de Atención Médica en el Hogar?  Sí  No

**C3:** ¿Con quién vive?

Cónyuge  Hijos u otro pariente  Solo  Amigo  Otro

**C4:** ¿Hay un amigo, pariente, cuidador o vecino que le ayuda con sus necesidades médicas?

Sí  No Si respondió que sí, ¿quién?: \_\_\_\_\_

**C5:** ¿Ha pensado que es difícil para la persona que le cuida darle la ayuda médica que necesita?

Sí  No

**C6:** ¿Tiene una Directiva Previa/PLOST o Testamento?  Sí  No

**C7:** ¿Tiene a alguien que le ayuda a tomar las decisiones sobre el cuidado de su salud (poder legal)?

Sí  No

Si contestó que sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**C8:** ¿Teme que alguien le haga daño o alguien le está haciendo daño?  Sí  No

**C9:** ¿Alguien está usando su dinero sin su permiso?  Sí  No

**C10:** ¿Ha tenido una conversación con su proveedor acerca de los tratamientos que quiere para mantenerse en vida?

Sí  No

**C11:** ¿Se ha caído en el último mes?  Sí  No

**C12:** ¿Teme caerse?  Sí  No

**C13:** ¿Actualmente utiliza equipos médicos permanentes o dispositivos médicos?  Sí  No

**C14:** Si respondió Sí al C13, por favor seleccione qué equipo o dispositivos médicos:

<input type="checkbox"/> Silla de Ruedas	<input type="checkbox"/> Colchón de Presión	<input type="checkbox"/> Cama de Hospital	<input type="checkbox"/> Silla de Baño
<input type="checkbox"/> Caminador	<input type="checkbox"/> CPAP/Apnea	<input type="checkbox"/> Oxígeno	<input type="checkbox"/> Silla para la Ducha
<input type="checkbox"/> Bastón	<input type="checkbox"/> Cómoda	<input type="checkbox"/> Pañales	<input type="checkbox"/> Catéter

**C15:** Administración de los medicamentos:

No tengo problema  Sí tengo problemas  No lo puedo hacer sin ayuda

**C16:** Llenar formularios médicos:

No tengo problema  Sí tengo problemas  No lo puedo hacer sin ayuda

**C17:** Contestar las preguntas durante la visita al doctor:

No tengo problema  Sí tengo problemas  No lo puedo hacer sin ayuda

**C18:** ¿Actualmente usa servicios de hospicio o cuidados paliativos?  Sí  No

**C19:** Tiene dificultad con alguna de estas actividades:

<input type="checkbox"/> Comer solo	<input type="checkbox"/> Pasar de la cama a la mesa o similar	<input type="checkbox"/> Visitar familiares o amigos
<input type="checkbox"/> Bañarse	<input type="checkbox"/> Movilidad (en superficies planas)	<input type="checkbox"/> Conseguir transporte para ver al doctor o amigos
<input type="checkbox"/> Cuidado personal	<input type="checkbox"/> Subir o bajar escaleras	<input type="checkbox"/> Usar el teléfono
<input type="checkbox"/> Incontinencia intestinal o accidentes	<input type="checkbox"/> Administrar el dinero	<input type="checkbox"/> Salir a comprar alimentos
<input type="checkbox"/> Incontinencia urinaria o accidentes	<input type="checkbox"/> Preparación de alimentos	
<input type="checkbox"/> Uso del baño	<input type="checkbox"/> Lavar la ropa	
	<input type="checkbox"/> Cuidado de la casa	

**C20:** Si tiene dificultad realizando cualquiera de esas actividades, ¿usted recibe ahora la ayuda que necesita para hacerlas?

Sí  No

**C21:** ¿A veces se queda sin dinero para pagar la renta, las cuentas y los medicamentos?

Sí  No

**C22:** En los últimos 12 meses, ¿le preocupa que la comida se le acabe antes de tener dinero para comprar más?

Con frecuencia  Algunas veces  Nunca

**C23:** En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no le alcanzó y no tuvo dinero para comprar más?

Con frecuencia  Algunas veces  Nunca

**C24:** ¿Cómo es su situación de vivienda actualmente?

Tengo un lugar permanente de vivienda

Ahora tengo un lugar de vivienda, pero temo perderlo en el futuro

No tengo un lugar permanente de vivienda (por ahora vivo con otros, en un hotel, albergue, vivo en la calle, en la playa, en un carro, en una casa abandonada, en un bus o en un parque)

**C25:** Pensando en el lugar en donde vive. ¿Tiene alguno de estos problemas?

**ESCOJA TODOS LOS QUE APLICAN**

Pestes como insectos, hormigas o ratones

El horno o la estufa no funcionan

Moho

Faltan detectores de humo o no funcionan

Pintura o tubería con plomo

Goteras

Sin calefacción

Ninguno de los anteriores

**C26:** ¿Lleva una vida segura y se puede movilizar fácilmente en su residencia?  Sí  No

Si su respuesta es no, su lugar de residencia tiene:

Buena iluminación  Sí  No

Puerta exterior con seguro  Sí  No

Buena calefacción  Sí  No

Escaleras para entrar a la casa o escaleras en la casa  Sí  No

Buena ventilación  Sí  No

Ascensor  Sí  No

Barandas en las escaleras o rampas  Sí  No

Espacio para una silla de ruedas  Sí  No

Agua caliente  Sí  No

Espacios despejados para salir de su residencia  Sí  No

Baño dentro de la residencia  Sí  No

**C27:** En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido cumplir citas médicas, otras citas, trabajo o no ha podido adquirir lo que necesita para su vida diaria?

Sí  No

## Información Agente de Ventas

Si alguien le ayudó a llenar este formulario, esa persona debe llenar esta información y firmarla:

**Nombre del Empleado/Agente/Intermediario (Escriba en letra imprenta)**

**Firma**

**Fecha**

**Relación con el Afiliado**

**NPN del Agente**

**Teléfono del Agente**

**Número de Licencia del Agente**

**FMO**

ESTA PÁGINA ESTÁ EN BLANCO A PROPÓSITO



ESTA PÁGINA ESTÁ EN BLANCO A PROPÓSITO