

Encuesta de evaluación de riesgos de salud

Gracias por elegir a Clear Spring Health como su proveedor de atención médica. Somos sus socios en el trabajo de estar y mantenerse saludable. Esta breve encuesta es una herramienta importante para que obtengamos más información sobre usted y cualquier necesidad de atención médica que pueda tener.

La información que proporcione en este formulario es información médica personal protegida por las leyes federales y estatales y se mantendrá confidencial. **NO PUEDE** ser usada para denegar la cobertura de atención médica.

Si necesita ayuda para completar o devolver este formulario, comuníquese con el Departamento de Administración de Cuidados al 1-866-938-3720 (TTY: 711).

*Nombre del miembro:		*Dirección física:	
*Número de teléfono:		*Dirección postal:	
*ID de miembro o MBI:		Correo electrónico del miembro:	
INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA			
*Fecha de nacimiento:		*Género: <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre	
*Idioma principal: <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro:			
*¿Se necesitan servicios de traducción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
*¿Es usted de origen hispano, latino o español? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Prefiere no responder			
*¿Quién responde estas preguntas de evaluación? <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Cónyuge Si es otro, proporcione la información a continuación Nombre: Teléfono:		*¿Cuál es su raza principal? <input type="checkbox"/> Negro/afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena americano/nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o más razas <input type="checkbox"/> No sabe <input type="checkbox"/> Otra raza <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
¿Cómo se realiza esta evaluación de riesgos de salud? <input type="checkbox"/> Entrevista telefónica <input type="checkbox"/> Escrito <input type="checkbox"/> En línea/Web <input type="checkbox"/> En persona			
*Altura (pies/pulgadas):	*Peso:	*Nombre del médico de atención primaria:	
¿Es usted veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si es veterano, ¿obtiene atención médica en VA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C Si la respuesta es sí, proporcione el nombre de la clínica de VA o la dirección:		
¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica/pareja de hecho <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		¿Cuál es el ingreso combinado actual de su hogar? <input type="checkbox"/> Menos de \$25,000 <input type="checkbox"/> Entre \$25,000 y \$50,000 <input type="checkbox"/> Entre \$50,000 y \$100,000 <input type="checkbox"/> Más de \$100,000 <input type="checkbox"/> Prefiere no responder	
¿Está registrado en el registro de necesidades especiales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Tiene alguno de los siguientes? <input type="checkbox"/> Testamento en vida <input type="checkbox"/> Poder notarial (POA) <input type="checkbox"/> Tutor/cuidador <input type="checkbox"/> Poder para la atención médica <input type="checkbox"/> Directiva anticipada <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores		Si se seleccionó tutor/cuidador, proporcione su información a continuación: Nombre: Teléfono:	
¿Tiene alguna tradición familiar o creencia religiosa/espiritual relacionada con enfermedades, la muerte y morir que le gustaría que conozcamos?			

RIESGO SOCIAL/DE COMPORTAMIENTO	
<p>*¿Fuma o usa productos con tabaco (como cigarrillos, pipas o tabaco sin humo)?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>*¿Cuántas bebidas alcohólicas (como vino, cerveza o bebidas mixtas) toma en una semana normal?</p> <input type="checkbox"/> 0 bebidas <input type="checkbox"/> De 1 a 6 bebidas <input type="checkbox"/> De 7 a 13 bebidas <input type="checkbox"/> 14 o más bebidas
<p>*¿Consumes drogas recreativas?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>¿Sigue prácticas sexuales seguras?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
<p>¿Ha visitado al dentista en el último año?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No recuerdo	<p>* ¿La falta de transporte le impidió asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? ¹ (Marque todas las opciones que correspondan)</p> <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a citas médicas o recibir mis medicamentos <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o recibir cosas que necesito. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Elijo no responder esta pregunta
<p>¿Siempre se abrocha el cinturón de seguridad cuando está en el automóvil?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<p>¿Se ha realizado un examen de la vista en el último año?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<p>Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan) ³</p> <input type="checkbox"/> Infestación de insectos <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Pintura o tubos de plomo <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuado <input type="checkbox"/> El horno o la estufa no funcionan <input type="checkbox"/> No hay detectores de humo o no funcionan <input type="checkbox"/> Fugas de agua <input type="checkbox"/> Alfombras sueltas <input type="checkbox"/> No hay o no funciona el detector de monóxido de carbono <input type="checkbox"/> No hay buena iluminación en los pasillos <input type="checkbox"/> No hay pasamanos sólidos en las escaleras <input type="checkbox"/> Pisos antideslizantes en la bañera o la ducha <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
<p>¿Le preocupa que en los próximos dos meses podría no tener una vivienda estable que sea de su propiedad, que alquile o en la que permanezca como parte de un hogar? ²</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Actualmente sin hogar	
<p>En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que su comida se agotara antes de obtener dinero para comprar más? ⁴</p> <input type="checkbox"/> Es verdadero a menudo <input type="checkbox"/> Es verdadero a veces <input type="checkbox"/> Nunca es verdadero	<p>En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró no duró y no tuvo dinero para obtener más? ⁴</p> <input type="checkbox"/> Es verdadero a menudo <input type="checkbox"/> Es verdadero a veces <input type="checkbox"/> Nunca es verdadero
<p>¿Alguien, incluidos amigos y familiares, intenta lastimarlo física, emocional o financieramente?</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
SALUD MENTAL	
<p>*Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado?</p> <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> La mayoría de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<p>Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o placer en hacer las cosas?</p> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> La mayoría de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
<p>*Durante los últimos 6 meses, ¿ha experimentado alguno de los siguientes?</p> <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Nerviosismo/Ansiedad <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> No se aplica ninguna <input type="checkbox"/> Pérdida personal, discapacidad, divorcio o muerte de alguien cercano a usted	

SALUD GENERAL	
*¿Tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*Enumere sus alergias:
*En general, diría que su salud es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Mala	
*¿Tiene algún problema de audición para el cual necesita ayuda, como un audífono o TTY? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Tiene algún problema con la vista o la visión que requiera anteojos/lentes de contacto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*¿Tiene alguna dificultad para caminar que requiera el uso de un bastón, andador o silla de ruedas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estoy confinado a la cama	*¿Ha sufrido una caída durante los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuántos días a la semana suele hacer 20 minutos o más de ejercicio/actividad? <input type="checkbox"/> 0-2 días <input type="checkbox"/> 3-5 días <input type="checkbox"/> 6-7 días	*¿Sufre actualmente algún dolor? (crónico o agudo) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En una escala del 1 al 5, indique su nivel de dolor actual (en la que 5 es el peor dolor). <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de frutas o verduras comió por día? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más porciones	¿Tiene alguna dieta especial por motivos médicos o personales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
*Si sigue una dieta especial, seleccione todas las opciones que correspondan: <input type="checkbox"/> Bajo contenido de grasa/colesterol <input type="checkbox"/> Diabético <input type="checkbox"/> Bajo contenido de sodio <input type="checkbox"/> Vegetariana/vegana <input type="checkbox"/> Puré <input type="checkbox"/> Kosher <input type="checkbox"/> Renal <input type="checkbox"/> Sin gluten <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No corresponde	
¿Necesita ayuda de otras personas para realizar las siguientes actividades cotidianas? <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Cepillarse el cabello/los dientes <input type="checkbox"/> Sentarse y levantarse de una silla o acostarse/levantarse de la cama <input type="checkbox"/> Vestirse: esto incluye quitarse la ropa y ponerse la ropa, estirarse por encima de la cabeza y usar botones y cremalleras <input type="checkbox"/> Comer: esto incluye cortar los alimentos y abrir los recipientes con alimentos en el interior. <input type="checkbox"/> Usar el baño: esto incluye levantar y bajar la ropa y limpiarse <input type="checkbox"/> Caminar: caminar más de 10 pies sin usar un andador, un bastón o sujetarse de los muebles <input type="checkbox"/> Ninguno de estos se aplica a mí	
*¿Necesita ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades? <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Tareas domésticas: esto incluye barrer, trapear, cambiar sábanas y sacar la basura <input type="checkbox"/> Lavandería: esto incluye lavar, secar, planchar, doblar la ropa y artículos del hogar <input type="checkbox"/> Preparar sus comidas: esto incluye limpiar alimentos, cortar alimentos y cocinar <input type="checkbox"/> Compras: esto incluye comprar comestibles y otros artículos necesarios para su hogar <input type="checkbox"/> Manejo de medicamentos: esto incluye tomar sus medicamentos a tiempo, resurtirlos <input type="checkbox"/> Administración del dinero: Esto incluye pagar facturas a tiempo, presupuestar comestibles o facturas <input type="checkbox"/> Ninguno de estos se aplica a mí	
*¿Ha visitado a su médico de atención primaria en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	*¿Cuántas veces ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces <input type="checkbox"/> 3 o más veces

ATENCIÓN MÉDICA PREVENTIVA

***¿Se ha realizado alguno de los siguientes exámenes preventivos?**

- Prueba de Papanicolaou (cáncer de cuello de útero) en los últimos 12 meses (para mujeres) N/C
- Mamografía en los últimos 24 meses (para mujeres de 45 años o más) N/C
- Densidad ósea y/o detección de osteoporosis (para mujeres de 65 a 85 años) N/C
- Examen de próstata (para hombres de 50 años o más) N/C
- Examen de detección de cáncer colorrectal (para todas las personas de 45 años o más) N/C
- No me he realizado ningún examen preventivo

***Seleccione los tipos de exámenes de detección de cáncer colorrectal que se le han realizado:**

- FOBT (sangre oculta en las heces)
- Sigmoidoscopia flexible
- Colonoscopia
- Cologuard
- TC: colonografía
- Ninguno

Fecha de la última prueba de detección de cáncer colorrectal:

Resultados:
 Normal
 Anormal

***¿Se ha colocado alguna de las siguientes vacunas preventivas?**

- Vacuna contra la gripe (en el último año)
- Vacuna contra la neumonía
- Ninguna de las anteriores

AFECCIONES DE SALUD

***¿Actualmente tiene o alguna vez le han dicho que tiene alguna de las siguientes afecciones?**

- Asma Artritis (tipo): _____
- Cáncer (tipo) _____ Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2 Ataque cardíaco (¿edad?): _____ Insuficiencia cardíaca Problemas del ritmo cardíaco
- Enfermedad vascular (tipo): _____ Presión arterial alta
- Colesterol alto Enfermedad renal EPOC Otros problemas pulmonares (enfisema, fibrosis)
- Salud mental (ansiedad, depresión, bipolaridad, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático o TEPT)
- Neurológico (alzheimer, demencia, Parkinson, convulsiones, esclerosis múltiple)
- Está actualmente embarazada Accidente cerebrovascular
- Otro:

***¿Cuántos medicamentos recetados toma?**

- Ninguno De 1 a 5 medicamentos 6 o más medicamentos

Mencione sus medicamentos recetados y de venta libre actuales (incluya el nombre del medicamento, la dosis del medicamento y la frecuencia con la que lo toma. Incluya una página adicional si es necesario):

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

*¿Cuál es su principal problema de salud en este momento? Díganos a continuación.	
CONFIRMACIÓN DE FINALIZACIÓN DE LA ENCUESTA	
Proporcione los detalles de la persona que completó esta evaluación de riesgos de salud a continuación:	
*Fecha:	*Nombre completo:
*NPN del agente (si corresponde):	Cargo del personal (si corresponde):

Referencias

1. Esta pregunta proviene originalmente del protocolo nacional de evaluación de salud de determinantes sociales PRAPARE, desarrollado y propiedad de la Asociación Nacional de Centros de Salud Comunitarios (National Association of Community Health Centers, NACHC), en asociación con la Asociación de Salud Comunitaria del Pacífico Asiático o Wganization (Association of Asian Pacific Community Health OrWganization, AAPCHO), la Asociación de Atención Primaria de Oregon (Oregon Primary Care Association, OPCA) y el Instituto para Futuros Alternativos (Institute for Alternative Futures, IAF). Para obtener más información, visite www.nachc.org/prapare.
2. https://www.va.gov/HOMELESS/Universal_Screener_to_Identify_Veterans_Experiencing_Housing_Instability_2014.pdf
3. Nuruzzaman N, Broadwin M, Kourouma K, Olson DP. Hacer de los determinantes sociales de la salud una parte de la atención médica de rutina. J Atención Médica Pobre Desatendido. 2015;26(2):321-327.
4. Hager ER, Quigg AM, Black MM, et al. Desarrollo y validez de una evaluación de 2 elementos para identificar a las familias en riesgo de inseguridad alimentaria. Pediatrics. 2010;126(1):e26-e32.