

# ENCUESTA DE EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD



Gracias por elegir a Clear Spring Health como su proveedor de atención médica. Puede contar con nosotros para sanar y para conservar la salud. Esta breve evaluación es una herramienta importante para que podamos aprender más sobre usted y sobre todas las necesidades de atención médica que usted pueda tener.

La información que usted proporciona en este formulario es información personal de salud protegida por las leyes federales y estatales y se mantendrá confidencial. **NO** puede usarse para denegarle cobertura médica.

**Si usted necesita ayuda para contestar este formulario, llame al departamento de Manejos de Caso al 1-866-938-3720 (TTY: 711).**

Nombre del miembro:		Dirección física:	
Número de teléfono:		Dirección postal:	
Número de identificación del miembro o el MBI:		Dirección de correo electrónico:	
<b>DATOS DEMOGRÁFICOS</b>			
Fecha de nacimiento:		Sexo: <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino	
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"/> Desconocido <input type="checkbox"/> Prefiero no Contestar			
<b>¿Quién responde a estas preguntas de evaluación?</b> <input type="checkbox"/> Miembro <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Si la respuesta es "otro", proporcione la información a continuación. Nombre: Teléfono:		<b>¿Cuál es su raza principal?</b> <input type="checkbox"/> Afroamericano/Negro <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii u Otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Dos o Más Razas <input type="checkbox"/> Otra Raza <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar <input type="checkbox"/> Desconocida	
<b>¿Cómo se completó este cuestionario?</b> <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> Por correo <input type="checkbox"/> En línea/sitio Web <input type="checkbox"/> En Persona			
Estatura (pies/pulgadas):		Peso:	Nombre del médico de atención primaria:
¿Es usted un veterano (a) de guerra? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Si usted es un veterano(a) de guerra, ¿recibe atención médica en una clínica de veteranos (VA por sus siglas en Inglés)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A En caso afirmativo, proporcione el nombre de la clínica del VA o la dirección:	
<b>¿Cuál es su estado civil?</b> <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Pareja doméstica <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo		<b>¿Cuáles son los ingresos combinados de los miembros de su hogar?</b> <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"/> Prefiero no contestar	
<b>¿Está inscrito en el Registro de Necesidades Especiales?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>Tiene alguno de los siguientes?</b> <input type="checkbox"/> Testamento <input type="checkbox"/> Poder notarial (POA) <input type="checkbox"/> Guardián/Cuidador <input type="checkbox"/> Ninguno de estos <input type="checkbox"/> Representante de la atención médica <input type="checkbox"/> Directiva Anticipada de atención de la salud		<b>Si ha seleccionado "Guardián/Cuidador", por favor proporcione la información siguiente:</b> Nombre: Teléfono:	
<b>¿Tiene alguna tradición familiar o creencia religiosa/espiritual en relación con las enfermedades, la muerte y el proceso de fallecimiento que le gustaría que conociéramos?</b>			

<b>RIESGO CONDUCTUAL/SOCIAL</b>	
<b>¿Fuma o consume productos del tabaco (como cigarrillos, tabaco en pipa o tabaco sin humo)?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Cuántas bebidas alcohólicas (como vino, cerveza o cócteles) toma en una semana normal?</b> <input type="checkbox"/> 0 bebidas <input type="checkbox"/> 1-6 bebida <input type="checkbox"/> 7-13 bebidas <input type="checkbox"/> 14 bebidas o más
<b>¿Consumo drogas con fines recreativos?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Ha ido al dentista en el último año?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No lo recuerdo
<b>¿Ha tenido un examen de la vista en el último año?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Sigue prácticas sexuales seguras?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No corresponde
<b>¿Le preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable que posea, alquile o permanezca como parte de un hogar? <sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<b>¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? <sup>1</sup> (Marque todo lo que aplica)</b> <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido acudir a citas médicas o de obtener mis medicamentos. <input type="checkbox"/> Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo, o de conseguir cosas que necesito. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no contestar
<b>¿Le preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable que posea, alquile o permanezca como parte de un hogar? <sup>2</sup></b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sin Hogar	<b>Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de lo siguiente? (Marque todo lo que aplica) <sup>3</sup></b> <input type="checkbox"/> Infestación de insectos <input type="checkbox"/> Moho <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías de plomo <input type="checkbox"/> Calefacción inadecuada <input type="checkbox"/> El horno o la estufa no funcionan <input type="checkbox"/> No tiene detectores de humo o no funcionan <input type="checkbox"/> Fugas de agua <input type="checkbox"/> Alfombras sueltas <input type="checkbox"/> No hay detector de monóxido de carbono o no funciona <input type="checkbox"/> No hay buena iluminación en los pasillos <input type="checkbox"/> Sin pasamanos sólidos en las escaleras <input type="checkbox"/> El piso no es antideslizante en la bañera o la ducha <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores
<b>En los últimos 12 meses, ¿le preocupaba que su comida se agotara antes de obtener dinero para comprar más? <sup>3</sup></b> <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> A veces es cierto <input type="checkbox"/> Nunca es cierto	<b>En los últimos 12 meses, la comida que usted compró simplemente no duró y no tenía dinero para obtener más. <sup>4</sup></b> <input type="checkbox"/> A menudo es cierto <input type="checkbox"/> A veces es cierto <input type="checkbox"/> Nunca es cierto
<b>¿Alguien, incluidos amigos y familiares, intenta hacerte daño física, emocional o económicamente?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<b>SALUD MENTAL</b>	
<b>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido desanimado, deprimido o sin esperanza ?</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días	<b>En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido poco interés o placer por hacer cosas?</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más días que no <input type="checkbox"/> Casi cada día
<b>En los últimos 6 meses, ¿ha experimentado usted alguna de las siguientes?</b> <input type="checkbox"/> Estrés <input type="checkbox"/> Nerviosismo/Ansiedad <input type="checkbox"/> Soledad <input type="checkbox"/> Fatiga <input type="checkbox"/> Ninguna de estas <input type="checkbox"/> Pérdida personal, discapacidad, divorcio o muerte de alguien cercano a usted	

<b>SALUD GENERAL</b>	
<b>¿Tiene alergias?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Por favor, enumere sus alergias:</b>
<b>En general, diría que su salud es:</b> <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Aceptable <input type="checkbox"/> Mala	
<b>¿Tiene algún problema auditivo para el que necesite ayuda, como un audífono o un dispositivo TTY?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Tiene algún problema de la vista que requiere que use anteojos, gafas o lentes de contacto?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Tiene alguna dificultad para caminar que requiera el uso de un bastón, andador o silla de ruedas?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Estoy confinado en la cama	<b>¿Ha sufrido alguna caída en los últimos 3 meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>¿Cuántos días a la semana hace normalmente 20 minutos o más de ejercicio/actividad?</b> <input type="checkbox"/> 0-2 días <input type="checkbox"/> 3-5 días <input type="checkbox"/> 6-7 días	<b>¿Tiene algún dolor en este momento? (crónico o agudo)</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>En una escala del 1 al 5, por favor indique su nivel actual de dolor (5 es el peor dolor).</b> <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	
<b>En los últimos 7 días, ¿cuántas raciones de frutas o verduras ha comido cada día?</b> <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 o más raciones	<b>¿Sigue alguna dieta especial por razones médicas o personales?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Si sigue alguna dieta especial, por favor indique todas las que correspondan:</b> <input type="checkbox"/> Baja en grasa/colesterol <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Baja en 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"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No corresponde	
<b>¿Necesita ayuda de otras personas para realizar las siguientes actividades cotidianas?</b> <input type="checkbox"/> <b>Bañarse</b> <input type="checkbox"/> <b>Cepillarse el cabello/los dientes</b> <input type="checkbox"/> <b>Acostarse y levantarse de la cama o sentarse y levantarse de una silla</b> <input type="checkbox"/> <b>Vestirse:</b> incluye quitarse y ponerse la ropa, alcanzar por encima de la cabeza, y usar botones y cierres <input type="checkbox"/> <b>Comer:</b> incluye cortar la comida y abrir recipientes con comida dentro <input type="checkbox"/> <b>Usar el baño:</b> incluye subirse y bajarse la ropa y limpiarse <input type="checkbox"/> <b>Caminar:</b> caminar más de 3 metros (10 pies) sin usar un andador o un bastón ni sujetarse en los muebles <input type="checkbox"/> <b>Ninguna de estas opciones corresponde en mi caso</b>	
<b>¿Necesita ayuda para realizar alguna de las actividades siguientes?</b> <input type="checkbox"/> <b>Usar el teléfono</b> <input type="checkbox"/> <b>Transporte</b> <input type="checkbox"/> <b>Tareas del hogar:</b> incluye barrer, fregar o pasar el trapeador al piso, cambiar las sábanas y sacar la basura <input type="checkbox"/> <b>Lavar la ropa:</b> incluye lavar, secar, planchar y doblar la ropa y otros artículos del hogar <input type="checkbox"/> <b>Preparar las comidas:</b> incluye limpiar, cortar y cocinar la comida <input type="checkbox"/> <b>Comprar:</b> incluye comprar comida y otros artículos necesarios para el hogare <input type="checkbox"/> <b>Manejo de medicamentos:</b> incluye tomarse los medicamentos y surtir las recetas a tiempo <input type="checkbox"/> <b>Control del dinero:</b> Incluye pagar las facturas a tiempo, hacer presupuestos para pagar la comida o las facturas <input type="checkbox"/> <b>Ninguna de estas opciones corresponde en mi caso</b>	
<b>¿Ha acudido al médico de atención primaria en los últimos 3 meses?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>¿Cuántas veces ha sido ingresado en el hospital en los últimos 12 meses?</b> <input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1-2 veces <input type="checkbox"/> 3 veces o más

### CUIDADO PREVENTIVO

**¿Le han hecho alguna de las siguientes pruebas preventivas?**

- Prueba de Papanicolaou (estudio citológico para la detección de cáncer de cuello uterino) en los últimos 12 meses (si es mujer)  N/A
- Mamografía en los últimos 24 meses (si es mujer de 40 años o más)  N/A
- Densidad ósea y/o prueba de osteoporosis (si es mujer entre 65-85 años)  N/A
- Examen de la próstata (si es hombre de 50 años o más)  N/A
- Prueba de cáncer colorrectal (para las personas de 45 años o más)  N/A
- No me han hecho ninguna prueba con fines preventivos

**Por favor, seleccione los tipos de pruebas de cáncer colorrectal que le han hecho:**

- FOBT (sangre oculta en las heces)
- Sigmoidoscopia flexible
- Colonoscopia
- Cologuard
- Colonografía mediante tomografía computarizada
- Ninguna

**Fecha de la última prueba de cancer colorrectal:**

\_\_\_\_\_

**Resultados:**

- Normal
- Abnormal

**¿Ha recibido alguna de las vacunas preventivas siguientes?**

- Vacuna para prevenir la influenza (flu)
- Vacuna para prevenir la neumonía
- Ninguna de estas

### TRASTORNOS MÉDICOS

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

- Asma  Artritis (Tipo): \_\_\_\_\_
- Cáncer (Tipo): \_\_\_\_\_  Diabetes Tipo 1
- Diabetes Tipo 2  Infarto del corazón (Edad?): \_\_\_\_\_  Insuficiencia cardíaca
- Problemas del ritmo del corazón  Enfermedades vasculares (Tipo): \_\_\_\_\_
- Presión alta  Colesterol alto  Enfermedad renal  COPD
- Otras enfermedades pulmonares (enfisema, fibrosis)  Salud mental (ansiedad, depresión, trastorno bipolar, esquizofrenia, trastorno de estrés postraumático o PTSD por sus siglas en inglés)
- Neurológica (Alzheimer, demencia, Parkinson, convulsiones, esclerosis múltiple)
- Actualmente embarazada  Accidente cerebrovascular  Otra:

**¿Cuántos medicamentos con receta toma?**

- Ninguno  1-5 medicamentos  6 medicamentos o más

**Por favor, indique los medicamentos con y sin receta que toma (incluya el nombre del medicamento, su dosis y la frecuencia con la que los toma):**

Nombre del medicamento	Dosis	Frecuencia

<b>¿Cuál es su principal preocupación de salud en este momento? Por favor, explíquelo a continuación:</b>	
<b>CONFIRMACIÓN DE FINALIZACIÓN DE LA ENCUESTA</b>	
<b>Proporcione los detalles de la persona que completó esta evaluación de riesgos para la salud a continuación.</b>	
<b>Fecha:</b>	<b>Nombre Completo:</b>
<b>Agente NPN (si aplica):</b>	<b>Título del Personal (si aplica):</b>

**ENTREGAR**

**References**

1. *This question originally comes from the national PRAPARE social determinants of health assessment protocol, developed and owned by the National Association of Community Health Centers (NACHC), in partnership with the Association of Asian Pacific Community Health Organization (AAPCHO), the Oregon Primary Care Association (OPCA), and the Institute for Alternative Futures (IAF). For more information, visit [www.nachc.org/prapare](http://www.nachc.org/prapare).*

2. [https://www.va.gov/HOMELESS/Universal\\_Screener\\_to\\_Identify\\_Veterans\\_Experiencing\\_Housing\\_Instability\\_2014.pdf](https://www.va.gov/HOMELESS/Universal_Screener_to_Identify_Veterans_Experiencing_Housing_Instability_2014.pdf)

3. Nuruzzaman N, Broadwin M, Kourouma K, Olson DP. Making the social determinants of health a routine part of medical Care. J Health Care Poor Underserved. 2015;26(2):321-327.

4. Hager ER, Quigg AM, Black MM, et al. Development and validity of a 2-item screen to identify families at risk for food insecurity. Pediatrics. 2010;126(1):e26-e32.