

# Evaluación de riesgos de salud

Complete todos los campos requeridos. Utilizamos su información para referirlo a usted (afiliado/a) a programas de coordinación del cuidado de la salud que pueden ayudarle a vivir una vida más saludable.

**Consejos útiles: si alguno de los datos indicados es incorrecto, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias al 850-300-4323, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del este.**

## A: Sobre usted

Fecha del día de hoy \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que completa el formulario \_\_\_\_\_

### Estoy completando este formulario para:

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Mí mismo/a    | <input type="checkbox"/> Hermano/a         |
| <input type="checkbox"/> Hijo/a        | <input type="checkbox"/> Esposo/a          |
| <input type="checkbox"/> Amigo/a       | <input type="checkbox"/> Niño/a en acogida |
| <input type="checkbox"/> Padre o madre |  |

**¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto de Humana (p. ej., recordatorios, cartas y materiales educativos, etc.)?**

- Sí  No

Proporcione el número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Proporcione una dirección de correo electrónico \_\_\_\_\_

Nombre del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_ Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre/tutor, si procede \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Número de teléfono particular \_\_\_\_\_ Número de teléfono celular \_\_\_\_\_

Nombre del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

Número de teléfono del contacto de emergencia \_\_\_\_\_

**Humana**  
Healthy Horizons®  
in Florida

¿En qué idioma se siente usted (afiliado/a) más cómodo/a a la hora de hablar?

- Inglés       Español       Otro       Elijo no responder

## B: Su historia clínica

¿Conoce usted (afiliado/a) el nombre de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u obstetra-ginecólogo (OB-GYN, por sus siglas en inglés)?

- Sí       No

Nombre \_\_\_\_\_

¿Dónde acude usted (afiliado/a) con más frecuencia para recibir ayuda médica?

- Clínica       Centro de cuidado de urgencia  
 Sala de emergencias       Telesalud  
 Consultorio médico       Elijo no responder

¿Acude usted (afiliado/a) a otros médicos o proveedores de cuidado de la salud además de, o en lugar de, su PCP?

- Sí       No

**Díganos a qué médico consulta usted (afiliado/a) y el motivo de su consulta.**

Nombre del médico	Motivo de su consulta

¿Cuánto tiempo ha transcurrido desde su (del/de la afiliado/a) último chequeo médico?

- Dentro de los últimos 3 meses       Yo no tengo un PCP  
 Entre 3 y 12 meses       Yo tengo un chequeo futuro programado con mi PCP el \_\_\_\_\_  
 Hace más de 12 meses  
 Yo nunca me he hecho un chequeo regular

¿Le gustaría recibir ayuda para programar una cita con su PCP u obstetra-ginecólogo (del/de la afiliado/a)?

- Sí       No

\*Si la respuesta es sí, comuníquese con nuestro equipo de coordinación del cuidado de la salud al **800-229-9880 (TTY: 711)** para recibir asistencia.

Identificación del/de la del afiliado/a \_\_\_\_\_

**¿Ha acudido usted (afiliado/a) a una consulta anual al dentista en los últimos 12 meses?**

Sí  No

**¿Recibió usted (afiliado/a) una vacuna contra la influenza entre agosto y marzo de esta temporada de influenza?**

Sí  No

**¿Tiene usted (afiliado/a) previsto ponerse, o ya se ha puesto, la vacuna o un refuerzo contra el COVID?**

(Para afiliados de 6 meses en adelante)

Sí, ya me la he puesto  No contesta  
 Sí, lo tengo previsto  Yo no siento que sea necesario  
 No  A mí me preocupan los efectos secundarios  
 No estoy seguro  El médico me indicó a mí que no me la ponga  
 Programada: yo tengo programada la vacunación en casa o en un centro  A mí me da nervios la idea de ponérmela  
 Yo no tengo transporte y no deseo usar el beneficio de transporte  
 Otro

**¿Qué tan fácil es para usted (afiliado/a) obtener cuidado médico cuando lo necesita?**

Fácil  Algo difícil  Muy difícil  No he necesitado cuidado médico

**En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha estado usted (afiliado/a) en una sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)?**

0  1 a 5  6 a 10  11 a 20  21 a 30

**En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha permanecido usted (afiliado/a) una noche en el hospital?**

0  1 a 3  4 a 5  6 a 10  Más de 11

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?	En caso afirmativo, ¿le ha diagnosticado su médico (del/ de la afiliado/a) la afección en los últimos 6 meses?	En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?	En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para controlar esta u otras afecciones? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.
Sida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?	En caso afirmativo, ¿le ha diagnosticado su médico (del/ de la afiliado/a) la afección en los últimos 6 meses?	En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?	En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para controlar esta u otras afecciones? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

## Antecedentes familiares

Nombre de la afección	¿A algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?		
Sida	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Asma	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Enfermedad renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

Nombre de la afección	¿A algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?		
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
VIH	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A

## Determinantes sociales de la salud

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

- Suele ocurrir a menudo       Suele ocurrir a veces  
 Nunca suele ocurrir       Elijo no responder

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) se le acabaron los alimentos que compró y no tuvo dinero para comprar más?

- Suele ocurrir a menudo       Suele ocurrir a veces  
 Nunca suele ocurrir       Elijo no responder

¿Usted (afiliado/a) o algún familiar con el que vive no pudo obtener estos artículos o servicios en el último año? (Marque cualquiera de las siguientes opciones)

Artículo			
Cuidado infantil	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Ropa	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Medicamento o cualquier cuidado de la salud (p. ej., médico, dental, salud mental o de la vista)	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Teléfono	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Servicios públicos	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> N/A
Otro motivo:			

**¿En qué situación vive usted (afiliado/a) actualmente?**

- Tengo un lugar estable para vivir
- Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- No tengo un lugar estable para vivir
- Elijo no responder

**¿Dónde vive usted (afiliado/a) concretamente?**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Temporalmente me quedo con otras personas | <input type="checkbox"/> En un auto                             |
| <input type="checkbox"/> En un hotel                               | <input type="checkbox"/> En un edificio abandonado              |
| <input type="checkbox"/> En un refugio                             | <input type="checkbox"/> En una estación de autobuses o de tren |
| <input type="checkbox"/> Afuera en la calle                        | <input type="checkbox"/> En un parque                           |
| <input type="checkbox"/> En una playa                              | <input type="checkbox"/> Elijo no responder                     |

**En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido a usted (afiliado/a) asistir a citas médicas, a reuniones, al trabajo, o conseguir artículos necesarios para la vida diaria?**

- Sí                       No                       Elijo no responder

**C: Su estilo de vida saludable**

**¿Cuál es su estatura (del/de la afiliado/a)?** \_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas

**¿Cuánto pesa usted (afiliado/a)?** \_\_\_\_\_ libras

**¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con su peso actual?** (Seleccione una opción)

- Estoy satisfecho con mi peso.
- No estoy satisfecho con mi peso, pero no estoy listo para hacer un cambio.
- Me gustaría modificar mi peso y me gustaría recibir ayuda para lograrlo.

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar al **855-330-8053 (TTY: 711)**.

**Nutrición**

**En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras consume usted (afiliado/a) a diario? (1 “porción” de fruta equivale a 1 fruta mediana; 1 porción de verduras equivale a 1 taza de verduras de hoja o ½ taza de verduras frescas)**

- 1 a 2 porciones por día     2 a 4 porciones por día     Más de 4 porciones por día     Ninguna

**En promedio, ¿cuántas porciones de lácteos consume usted (afiliado/a) a diario? (1 “porción” de lácteos es aproximadamente una rebanada de queso, una taza de yogur o una taza de leche o sustituto de lácteos)**

- 1 a 2 porciones por día     2 a 4 porciones por día     Más de 4 porciones por día     Ninguna

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

## Actividad física

¿Cuántos días a la semana usted (afiliado/a) hace ejercicio de alguna manera (p. ej., caminar, andar en bicicleta, nadar, yoga, entrenamiento de fuerza, tareas domésticas, rastrillar el jardín) dentro o fuera de la casa?

- 1 a 3 días                       4 días o más                       No hago ejercicio

En promedio, ¿cuántos minutos en total dedica usted (afiliado/a) a hacer ejercicio los días que hace ejercicio?

- Menos de 30 minutos                       Más de 30 minutos                       No hago ejercicio

¿Con qué intensidad hace usted (afiliado/a) ejercicio?

- Intensidad baja/ligera (caminar a un ritmo tranquilo, yoga para principiantes, actividades de cocina, tareas domésticas ligeras)
- Intensidad media/moderada (andar en bicicleta, rastrillar el jardín, nadar, entrenamiento de fuerza, caminar rápido)
- Intensidad alta/vigorosa (trotar, correr, aeróbicos de alto impacto, llevar las compras por las escaleras, clase de gimnasia extenuante)
- No hago ejercicio

En promedio, ¿con qué frecuencia realiza usted (afiliado/a) ejercicios de entrenamiento de fuerza como sentadillas, flexiones de brazos, flexiones en barras o entrenamiento con pesas?

- 1 a 2 días a la semana                       3 a 5 días a la semana                       6 o 7 días a la semana                       Nunca

¿Cuántas veces en el último año ha tomado usted (afiliado/a):

• 5 o más tragos por día (hombres)

• 4 o más tragos por día (mujeres)

Una bebida equivale a 12 onzas de cerveza (o 1 cerveza), 5 onzas de vino (o 1 copa de vino) o 1.5 onzas de bebidas destiladas con una graduación alcohólica de 80 (o 1 cóctel combinado).

- Una o dos veces                       A diario o casi a diario                       Semanalmente
- Mensualmente                       N/A

¿Alguna vez usted (afiliado/a) ha pensado que debería reducir la cantidad de alcohol que consume?

- Sí                       No                       N/A

¿Cuántas veces usted (afiliado/a) ha fumado, vapeado o mascado tabaco en el último año?

- Una o dos veces                       A diario o casi a diario                       Semanalmente
- Mensualmente                       N/A

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

**¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con respecto a sus hábitos actuales de fumar, vapear o mascar tabaco?**

- Ya dejé de fumar, vapear o mascar tabaco
- No tengo intenciones de dejar de fumar, vapear o mascar tabaco
- Planeo dejar de fumar, vapear o mascar tabaco en el futuro
- Me gustaría saber cómo empezar a dejar de fumar, vapear o mascar tabaco ahora
- N/A

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar al **855-330-8053 (TTY: 711)**.

**¿Cuántas veces en el último año ha utilizado usted (afiliado/a) medicamentos recetados por motivos no médicos?**

- Nunca  Una o dos veces  A diario o casi a diario
- Semanalmente  Mensualmente  N/A

**¿Cuántas veces en el último año ha consumido usted (afiliado/a) drogas ilegales?**

- Nunca  Una o dos veces  A diario o casi a diario
- Semanalmente  Mensualmente  N/A

**Responda a la siguiente pregunta sobre cualquier medicamento que tome usted (afiliado/a):**

**¿Cuántos medicamentos diferentes toma por día?**

- 0  1 a 5  6 a 10  11 a 20 o más  N/A

## D: Su bienestar social y mental

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?	En caso afirmativo, ¿le ha diagnosticado su médico (del/ de la afiliado/a) la afección en los últimos 6 meses?	En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?	En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para controlar esta u otras afecciones? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

**Marque Sí, No o No aplica**

Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?	En caso afirmativo, ¿le ha diagnosticado su médico (del/ de la afiliado/a) la afección en los últimos 6 meses?	En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?	En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para controlar esta u otras afecciones? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.
Trastorno bipolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Trastorno de la conducta alimentaria, como anorexia o bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Trastorno opositivo desafiante (ODD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A

**¿Con qué frecuencia usted (afiliado/a) ve o habla con personas que le importan o con las que se siente cercano? (Por ejemplo: hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones en iglesias o clubes)**

- Menos de una vez por semana     
  1 a 2 veces por semana     
  3 a 5 veces por semana  
 5 o más veces por semana     
  Elijo no responder

**El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está agitada. ¿Qué tan estresado se siente usted (afiliado/a)?**

- Nada en absoluto     
  Un poco     
  Algo     
  Bastante     
  Mucho  
 Elijo no responder

**¿Necesita usted (afiliado/a) ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, preparar comidas, comprar y/o administrar las finanzas?**

- Sí     
  No, yo no necesito ayuda

**Si usted (afiliado/a) necesita ayuda con las actividades de la vida diaria, ¿cuánta ayuda necesita?**

- Yo obtengo la ayuda que necesito.     
  Yo necesito mucha más ayuda.     
  Yo necesito un poco más de ayuda.

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

## Signos de violencia doméstica

Nos gusta hacer las siguientes preguntas a todos los afiliados, porque entendemos cómo la violencia doméstica puede afectar su salud general. Tiene la opción de no responder a ninguna de las preguntas si esto no le resulta cómodo. Estas preguntas son confidenciales y no se pueden compartir con nadie sin su permiso por escrito. Sin embargo, conforme a las leyes sobre la obligación de denunciar, se puede reportar información compartida relacionada con abuso infantil, abuso de una persona discapacitada, abuso de un adulto mayor, heridas de bala o lesiones que pongan en riesgo la vida. **Las siguientes preguntas son para el/la afiliado/a.**

**¿Alguna vez ha recibido de su pareja un golpe, patada, puñetazo, bofetada o empujón?**

Sí                       No                       No deseo responder

**¿Su relación le hace sentir amenazado/a, avergonzado/a o inseguro/a en su hogar?**

Sí                       No                       No deseo responder

**Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores y se siente cómodo/a compartiéndolo. ¿Ha empeorado la relación o se está volviendo más atemorizante?**

Sí                       No                       No deseo responder

**¿Su pareja o familiar le vigila de cerca, le sigue o acosa?**

Sí                       No                       No deseo responder

**Si su pareja o familiar está hoy aquí con usted, ¿tiene miedo de dejarlo/a?**

Sí                       No                       No deseo responder

**¿Alguna vez su pareja o familiar le ha obligado a mantener relaciones sexuales cuando usted no quería?**

Sí                       No                       No deseo responder

**¿Hay niños en casa?**

Sí                       No                       No deseo responder

**Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido amenazas o abusos directos contra los menores?**

Sí                       No                       No deseo responder

### Recursos:

Número de la Línea directa estatal contra abusos: **800-962-2873 (800-96-ABUSE)**

Número de la Línea directa estatal contra la violencia doméstica: **800-500-1119**

Número de la Línea directa estatal de crisis por violación: **888-956-7273 (888-956-RAPE)**

Los coordinadores de cuidado de la salud de Humana también están disponibles: **800-229-9880**

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

## E: Salud de la mujer. Si no procede, omítala.

En el último año, ¿se ha sometido usted (afiliada) a una prueba de Papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino?

Sí                       No                       N/A

¿Está usted (afiliada) embarazada?

Sí                       No                       N/A

### E1: Si usted (afiliada) está embarazada: Si no procede, pase a la sección E2.

a. ¿Cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_

b. ¿Se notificó el embarazo al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Florida?

Sí                       No

Si la respuesta es **no**, comuníquese con el DCF para informarle sobre el embarazo.

c. ¿Le han diagnosticado a usted (afiliada) presión arterial alta durante este embarazo?

Sí                       No

d. ¿Actualmente usted (afiliada) tiene diabetes o le han diagnosticado diabetes durante este embarazo?

Sí                       No

e. ¿La han referido a usted (afiliada) a un médico obstetra (OB) de alto riesgo durante este embarazo?

Sí                       No

f. Si la refirieron a un médico obstetra (OB) de alto riesgo, ¿cuál fue el motivo del referido?

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### E2: ¿Ha estado usted (afiliada) embarazada anteriormente?

Sí                       No                       Sí, pero nunca tuve un hijo nacido vivo                       N/A

Si usted (la afiliada) ha estado embarazada anteriormente:

a. ¿Ha tenido un bebé antes de las 37 semanas de embarazo?

Sí                       No

b. ¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?

Sí                       No

c. ¿Ha tenido una cesárea?

Sí                       No

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

## Prevención del embarazo

¿Qué método utiliza actualmente (afiliado/a) para prevenir un embarazo, si procede?

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Preservativos                                 | <input type="checkbox"/> Ligadura de trompas  |
| <input type="checkbox"/> Anticonceptivos orales                        | <input type="checkbox"/> Vasectomía   |
| <input type="checkbox"/> Espuma, espermicidas, película o supositorios | <input type="checkbox"/> Histerectomía  |
| <input type="checkbox"/> Inyección de Depo Provera, DIU o implantes    | <input type="checkbox"/> Nada   |
| <input type="checkbox"/> Método del ritmo o abstinencia                | <input type="checkbox"/> Yo/mi pareja y yo estamos intentando quedarnos embarazados |
|  | <input type="checkbox"/> N/A  |

Hable de su salud sexual con su proveedor en la próxima consulta para ver si necesita alguna prueba o consejos de prevención para enfermedades de transmisión sexual además de la prevención del embarazo.

## F: Afiliados/as de 3 años o menos. Si no procede, pase a la sección G.

¿Nació el niño (afiliado/a) más de cinco semanas antes de la fecha prevista para el parto?

- Sí  No

¿Tuvo el niño (afiliado/a) alguna complicación de la vista, respiratoria o de alimentación y desarrollo del crecimiento?

- Sí  No

¿Cumple el niño (afiliado/a) sus hitos de desarrollo? (Por ejemplo, a los 2 meses mantiene la cabeza levantada cuando está boca abajo; a los 6 meses se puede poner boca arriba si está boca abajo; a los 12 meses se levanta y se pone de pie; a los 18 meses puede beber de una taza)

- Sí  No

## G: Afiliados/as de 20 años o menos. Si no procede, omita, responda la pregunta final, firme y envíenos el documento.

¿Tiene usted (padre/madre/cuidador) alguna inquietud sobre el desarrollo o comportamiento del niño (afiliado/a) en el hogar o en la escuela?

- Sí  No  N/A

¿Está el niño (afiliado/a) al día con todas las vacunas?

- Sí  No

En caso negativo, ¿por qué no?

- Solo atraso  Barrera (como transporte, cuidado infantil o elección)  
 Preferencia religiosa o personal

Identificación del/de la afiliado/a \_\_\_\_\_

¿Está expuesto el niño (afiliado/a) al humo de segunda mano, como el de los cigarrillos o el vapeo?

Sí  No

¿El niño (afiliado/a) fuma cigarrillos electrónicos, vapea o consume tabaco sin humo?

Sí  No

¿Suele el niño (afiliado/a) preocuparse o temer algo que afecte significativamente su salud y actividades diarias?

Sí  No

En los últimos 6 meses, ¿el consumo de alcohol o drogas ha afectado la vida del niño (afiliado/a)?

Sí  No

¿Necesita usted (afiliado/a) asistencia y desearía hablar con un coordinador de cuidados de enfermería, profesional de la salud del comportamiento o alguien para obtener ayuda con los recursos? (marque todo lo que corresponda)

Sí, me gustaría hablar con un coordinador de cuidados de enfermería para obtener asistencia con mi salud médica y manejo de enfermedades

Sí, me gustaría hablar con un profesional de la salud del comportamiento para obtener asistencia con mi salud mental

Sí, me gustaría hablar con alguien para obtener ayuda con recursos basados en la comunidad

No, no necesito ayuda en este momento

En general, ¿cómo calificaría su salud suya (del/de la afiliado/a)?

Muy buena  Buena  Regular  Deficiente

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

Comentarios adicionales

---

---

---

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha