

# Evaluación de riesgos para la salud

Por favor complete todos los campos requeridos. Usaremos su información para referirle (afiliado) a programas de coordinación de cuidados que puedan ayudarle a llevar una vida más saludable.

A: Sobre usted	
Fecha de hoy _____	Nombre de la persona que llena el formulario _____
Estoy completando este formulario en nombre de	
<input type="checkbox"/> Yo mismo <input type="checkbox"/> Hijo(a) <input type="checkbox"/> Amistad <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Hermano(a) <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Hijo(a) adoptivo(a)	
¿Acepta recibir correo electrónico y/o mensajes de texto (por ejemplo: recordatorios, cartas, materiales educativos, etc.) de Humana? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Proporcione un número de teléfono celular _____	
Proporcione dirección de correo electrónico _____	
Nombre del afiliado(a) _____	ID del afiliado(a) _____
Nombre del padre/custodio legal, si corresponde _____	Fecha de nacimiento _____
Número telefónico de casa _____	Número telefónico celular _____
Nombre de contacto de emergencia _____	
Número telefónico de contacto de emergencia _____	
<b>¿En qué idioma se comunica con más comodidad?</b>	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/> Yo, (afiliado) opto no responder a esta pregunta.	
B: Su historial médico	
¿Conoce usted (afiliado) el nombre de su (o del afiliado) médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) o ginecólogo/obstetra (OB-GYN, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Nombre _____
¿A dónde acude usted (afiliado) mayormente para obtener ayuda médica?	<input type="checkbox"/> Clínica <input type="checkbox"/> Sala de emergencia <input type="checkbox"/> Consultorio del médico <input type="checkbox"/> Centro de cuidado de urgencia <input type="checkbox"/> Telesalud <input type="checkbox"/> Yo, (afiliado) opto por no responder esta pregunta
¿Visita usted (afiliado) a otros médicos o proveedores de cuidado de la salud además de, o en lugar de, su PCP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Indíquenos a quién consulta usted (afiliado) y el motivo por el que usted (afiliado) consulta a ese médico.	
Nombre del médico	Razón por la que usted (afiliado) consulta a ese médico

**¿Hace cuánto fue su (afiliado) última revisión médica?**

En los últimos 3 meses       Entre 3 a 12 meses       Hace más de 12 meses

Yo (afiliado) nunca he tenido una revisión médica       Yo (afiliado) no tengo un PCP

Yo (afiliado) tengo programada una revisión médica futura con mi PCP el \_\_\_\_\_

**¿Quisiera recibir ayuda para programar una cita con su (del afiliado) PCP**       Sí       No

**¿La falta de transporte le ha impedido a usted (afiliado) ir a las citas médicas u obtener medicamentos?**

Sí       No       Yo, (afiliado) opto por no responder esta pregunta

**¿La falta de transporte le ha impedido a usted (afiliado) ir a las citas no-médicas, trabajo, y/o obtener cosas que usted (afiliado) necesita?**

Sí       No       Yo, (afiliado) opto por no responder esta pregunta

**¿Tuvo usted (afiliado) su visita anual al dentista en los últimos 12 meses**       Sí       No

**¿Se vacunó usted (afiliado) contra la influenza entre agosto y marzo de esta temporada de influenza?**       Sí       No

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

Fácil       Algo difícil       Muy difícil       No he necesitado cuidado médico

En los últimos 30 días, cuántas veces usted (afiliado):	0	1-5	6-10	11-20	21-30
<b>¿Ha estado en una sala de emergencia (ER)?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En los últimos 12 meses, cuántas veces usted (afiliado):	0	1-3	4-5	6-10	11+
<b>¿Ha pasado la noche en el hospital?</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Por favor, marque Sí o No:

Nombre de la afección	¿Ha sido usted (afiliado) diagnosticado con esta afección?	De ser sí, ¿le diagnóstico su (afiliado) médico la afección en los últimos seis meses?	De ser sí, ¿está usted (afiliado) bajo el cuidado de un médico debido a esta afección?	De ser sí, ¿necesita usted (afiliado) ayuda para controlar estas afecciones ya identificadas? Una enfermera administradora de casos puede ofrecerle apoyo.
Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
EPOC (Enfermedad pulmonar obstructiva crónica)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia cardíaca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Insuficiencia renal crónica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anemia drepanocítica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
VIH	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Fibrosis quística	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

### C: Su estilo de vida saludable

¿Cuánto mide? \_\_\_\_\_ pies y \_\_\_\_\_ pulgadas

¿Cuánto pesa? \_\_\_\_\_ libras

¿Cómo se siente usted (afiliado) con su peso actual? (Seleccione uno)

- Estoy contento(a) con mi peso.  
 No estoy contento(a) con mi peso, pero no está en mis planes bajar de peso próximamente.  
 No estoy contento(a) con mi peso, y me gustaría ayuda con esto.

Cuántas veces, en el último año, usted (afiliado) ha tenido:

- 5 o más tragos en un día (varones)
  - 4 o más tragos en un día (hembras)
- Un trago es igual a 12 onzas de cerveza (o 1 cerveza), 5 onzas de vino (o una copa de vino), o 1.5 onzas de licor 80-grados (o una bebida combinada).*
- Nunca  Semanalmente  Una o dos veces  
 Diario o casi a diario  Mensualmente

¿Alguna vez ha sentido usted (afiliado) que debería reducir su consumo de alcohol?  Sí  No

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

- Nunca  Semanalmente  Una o dos veces  
 Diario o casi a diario  Mensualmente

¿Cómo se siente usted (afiliado) actualmente con su hábito de fumar?

- Yo (afiliado) no tengo intención de dejarlo.  Yo (afiliado) espero dejar de fumar en el futuro.  
 Yo (afiliado) quisiera saber cómo dejar de fumar ahora.

¿Cuántas veces, en el último año, usted (afiliado) ha usado medicamentos recetados por razones no médicas?

- Nunca  Semanalmente  Una o dos veces  
 Diario o casi a diario  Mensualmente

¿Cuántas veces, en el último año, usted (afiliado) ha usado sustancias ilegales?

- Nunca  Semanalmente  Una o dos veces  
 Diario o casi a diario  Mensualmente

### Responda las siguientes preguntas sobre los medicamentos que toma

¿Cuántos tipos de medicamentos diferentes toma por día?

- 0  1-5  6-10  11-20  más de 20

¿Cuántas veces por día toma estos medicamentos?

- 0  1-5  6-10  11-20  más de 20

### D: Su Bienestar social y mental

Por favor, marque Sí o No:

Nombre de la afección	¿Ha sido usted (afiliado) diagnosticado con esta afección?	De ser sí, ¿le diagnosticó su (afiliado) médico la afección en los últimos seis meses?	De ser sí, ¿está usted (afiliado) bajo el cuidado de un médico debido a esta afección?	De ser sí, ¿necesita usted (afiliado) ayuda para controlar estas afecciones ya identificadas? Una enfermera administradora de casos puede ofrecerle apoyo.
Ansiedad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Bipolar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento

Nombre de la afección	¿Ha sido usted (afiliado) diagnosticado con esta afección?	De ser sí, ¿le diagnóstico su (afiliado) médico la afección en los últimos seis meses?	De ser sí, ¿está usted (afiliado) bajo el cuidado de un médico debido a esta afección?	De ser sí, ¿necesita usted (afiliado) ayuda para controlar estas afecciones ya identificadas? Una enfermera administradora de casos puede ofrecerle apoyo.
Esquizofrenia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Autismo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Trastorno alimentario, como anorexia o bulimia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento
Trastorno oposicional desafiante (ODD, por sus siglas en inglés)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No en este momento

**¿Qué tan seguido usted (afiliado) visita o habla con personas (por ejemplo: por teléfono, en persona, en una iglesia o reunión del club, etc.), de importancia para usted o por las cuales siente apego?**

- Menos de una vez por semana       1 a 2 veces por semana       3 a 5 veces por semana  
 5 o más veces por semana       Yo, (afiliado) opto por no responder esta pregunta

**Estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir en las noches porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está usted?**

- En lo absoluto       Un Poco       Algo  
 Bastante       Mucho       Yo, (afiliado) opto por no responder esta pregunta

**¿Le ha sido imposible a usted (afiliado) o a algún miembro de la familia con la que conviva obtener este artículo en el último año? (Marque cualquiera de lo siguiente)**

Artículo	Artículo
Alimento <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Medicina o cualquier cuidado de la salud (ej.: Médico, Dental, Salud mental, y/o Visión) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Servicios públicos <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Teléfono <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Ropa <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Otro: _____
Cuidado infantil <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

**¿Necesita usted (afiliado) ayuda con sus actividades domésticas diarias como bañarse, preparar comidas, compras y/o administración de finanzas?       Sí       No**

Si usted (afiliado) necesita ayuda con las actividades domésticas diarias, ¿cuánta ayuda necesita?

- Yo (afiliado) no necesito ayuda.       Yo (afiliado) necesito mucha más ayuda.  
 Yo (afiliado) obtengo la ayuda que necesito.       Yo (afiliado) necesito un poco más de ayuda.

**E: Salud de las mujeres. De no ser el caso, pase a la sección F.**

En el último año, ¿se ha hecho usted (afiliada) la prueba de Papanicolau para la detección de cáncer cervical?       Sí       No       No corresponde

¿Está usted (afiliada) embarazada?       Sí       No

**E1: Si está usted (afiliada) embarazada: de no ser el caso, pase a la sección E2.**

- a. ¿Cuándo es su (afiliada) fecha de parto? \_\_\_\_\_
- b. ¿Ha sido usted (afiliada) diagnosticada con presión arterial alta durante este embarazo?  Sí  No
- c. ¿Tiene usted (afiliada) diabetes actualmente o se la ha diagnosticado diabetes durante este embarazo?  Sí  No
- d. ¿Se le ha referido (afiliada) a un obstetra (OB, por sus siglas en inglés) de alto riesgo durante este embarazo?  Sí  No
- e. Si le han referido a un médico obstetra de alto riesgo, ¿cuál fue la razón?  
\_\_\_\_\_

**E2: ¿Ha estado usted (afiliada) embarazada antes?  Sí  No**

**Si ha estado (afiliada) embarazada antes, usted (afiliada):**

- a. ¿Ha tenido un bebé antes de las 37 semanas del embarazo?  Sí  No
- b. ¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?  Sí  No
- c. ¿Ha tenido una cesárea?  Sí  No

**F: Afiliados 3 años edad y menos. De no ser el caso, pase a la sección G.**

¿Nació el hijo (afiliado) más de cinco semanas antes de la fecha prevista de parto?  Sí  No

¿Presentó el hijo (afiliado) alguna complicación, como con la visión, respiración o alimentación y problemas de crecimiento?  Sí  No

**G: Afiliados 20 años edad y menos. De no corresponder, no completar, responda la última pregunta, firme y envíe.**

¿Tiene usted (afiliado) alguna inquietud sobre el desarrollo o conducta del hijo (afiliado) en el hogar o en la escuela?  Sí  No

¿Está el hijo (afiliado) al día con todas sus vacunas?  Sí  No

De ser no, ¿por qué no?  Solo tarde  Obstáculo (como transporte, cuidado infantil o elección)  Preferencia religiosa o personal

¿Está el hijo (afiliado) expuesto a humo de segunda mano del fumador, como cigarro o vapeo?  Sí  No

¿Fuma cigarrillos electrónicos el hijo (afiliado), vapea, o usa tabaco sin humo?  Sí  No

¿Se preocupa o siente temor a menudo el hijo (afiliado) por algo que afecta significativamente su salud y actividades diarias?  Sí  No

En los últimos 6 meses, ¿ha tenido el consumo de alcohol o drogas impacto en la vida del hijo (afiliado)?  Sí  No

¿Le gustaría (afiliado) hablar con un Administrador de cuidado de la salud del comportamiento o una Enfermera de administración de casos acerca de sus (afiliado) preocupaciones?

- Sí conductual, de acuerdo con referido para Administrador de cuidado de la salud del comportamiento.
- Sí de desarrollo, de acuerdo con referido para una Enfermera de administración de casos.
- Sí conductual y desarrollo, de acuerdo con referido para Salud del comportamiento y Enfermera de administración de casos.
- No, rechaza referidos en este momento.

**En general, ¿cómo calificaría usted (afiliado) su salud?**  Muy buena  Buena  Regular  Mala

Otro \_\_\_\_\_

Comentarios adicionales \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

**Humana**<sup>®</sup>