

Evaluación de riesgos de salud de Humana Healthy Horizons®

Complete todos los campos requeridos de este formulario de modo que podamos usar esta información para referirlo a los programas de coordinación del cuidado de la salud, que pueden ayudarlo a llevar un estilo de vida más saludable.

Nombre del afiliado* _____

Dirección del afiliado _____

Teléfono del afiliado _____

Fecha de nacimiento del afiliado* _____ Edad _____

Número de identificación del afiliado _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Fecha en que se completó el formulario _____

¿Quién completará este formulario por usted? _____

1. ¿Cuál era su sexo al nacer?

Femenino

Masculino

No deseo contestar

2. ¿Con qué género se identifica actualmente?

Femenino

Masculino

Otro

No deseo contestar

Hombre transgénero/
hombre trans que
transicionó de mujer
a hombre

Mujer transgénero/mujer
trans que transicionó de
hombre a mujer

Género fluido/nobinario,
sin género femenino o
masculino exclusivamente

3. ¿Cuáles son sus pronombres?

Ella

Él

Elle

Otro

No deseo contestar

4. ¿Cuál es su orientación sexual?

Heterosexual

Lesbiana, gay u
homosexual

Bisexual

Otra

No sabe

No deseo contestar

5. ¿A qué raza o etnia pertenece?

Afroamericano	Indio estadounidense o nativo de Alaska	Asiático	Nativo de Hawái o de las Islas del Pacífico
Blanco/no hispano	Hispano o latino	Multirracial	Otro

6. ¿Cuál es su nivel de estudios?

Escuela primaria	Escuela media (grado 6 a 8)	Secundaria (grado 9 a 12)	Graduado de preparatoria
Estudios universitarios parciales	Graduado universitario	Posgrado	No aplica

7. ¿Qué idioma habla en su casa?

Inglés	Español	Otro
--------	---------	------

8. ¿Cuál es su situación de alojamiento?

Propietario	Inquilino	Vive con familiares	Vive con amigos
Indigente	Otro		

9. ¿Está embarazada?

Sí	No
----	----

10. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones? (Marque todas las opciones que correspondan).

Diabetes	Presión arterial alta (hipertensión)	Enfermedad del corazón	Enfermedad renal
Cáncer	Asthma	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)	Alergias
VIH/sida	Hepatitis	Depresión	Ansiedad
Trastorno bipolar	Esquizofrenia	No aplica	

11. ¿Toma medicamentos recetados?

Sí

No

12. ¿Usa alguno de los siguientes dispositivos? (Marque todas las opciones que correspondan).

Audífonos

Anteojos o lentes
de contacto

Silla de ruedas o
andador

Otro dispositivo
de asistencia

No aplica

13. ¿Con qué frecuencia hace actividad física?

Dos a tres veces
por semana

Una vez a la
semana

Pocas veces

Nunca

14. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

Todos los días

Dos o más días
por semana

Con poca
frecuencia

Nunca

15. ¿Consume tabaco o productos derivados del tabaco?

Sí

No

Me gustaría recibir ayuda para abandonar
el consumo

16. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que usted quiere o con las que siente una cercanía? (Por ejemplo: hablar por teléfono con amigos, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones sociales).

Menos de una
vez por semana

De 1 a 2 veces
por semana

De 3 a 5 veces
por semana

De 5 o más veces
por semana

Prefiero no responder esta pregunta

17. El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque está preocupado. ¿Qué tan estresado está?

En absoluto

Un poco

Algo

Bastante

Mucho

Prefiero no responder esta pregunta

18. ¿Cómo calificaría su salud general?

Excelente

Muy buena

Buena

Regular

19. ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes aspectos? (Marque todas las opciones que correspondan).

Ropa	Trabajo	Finanzas	Alimento
Acceso al cuidado de la salud	Vivienda	Movilidad	Seguridad
Apoyo social	Transporte	Servicios públicos	Otro
No aplica			

20. ¿Necesita ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades diarias? (Marque todas las opciones que correspondan).

Obtener sus medicamentos	Bañarse	Comer	Vestirse
Ir de compras	Administrar sus finanzas	No aplica	

21. ¿Su salud ha empeorado en comparación con un año atrás?

Sí	No
----	----

22. ¿Recibió cuidado dental el año pasado?

Sí	No
----	----

23. ¿Acudió a la sala de emergencias en los últimos tres meses?

Sí	No
----	----

24. ¿Le gustaría que su plan de salud se comuniqué con usted acerca de cualquier otra inquietud relacionada con la salud?

Sí	No
----	----

Otas voluptia simus ut liquam vereprae quis nim que vellute mquias re, adi doloruptur, cori quo qui is autet modi a que nobisi atio. Ihilit et pe rescim repe pro bernam reprem volum re porepudi cullibe archit lab ipsapiet et quides et liquam laboriti blaut il moluptae sequunt.

Humana Healthy Horizons® in Kentucky

Llame si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, dificultades para leer o entender este documento, llámenos al **800-444-9137 (TTY: 711)**. Estamos disponibles de lunes a viernes, de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo alguno para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su primer idioma. También podemos ayudarle si necesita ayuda de la vista o de audición. Consulte su Manual del afiliado en relación a sus derechos.

¡Importante!

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, orientación sexual, género, identidad de género, ascendencia, origen étnico, estado civil, religión, o idioma. La discriminación va en contra de la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes de derechos civiles federales aplicables. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **800-444-9137** o si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., la Oficina de Derechos Civiles**, por medios electrónicos a través del portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf> o al **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc.

Ofrecemos servicios de asistencia con el idioma sin cargo alguno. **800-444-9137 (TTY: 711)**

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian): Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Deitsch (Pennsylvania Dutch): Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

Oroomiffa (Oromo): Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

Ikirundi (Bantu – Kirundi): Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.