



PO Box 15804, Tampa, FL 33684-9846

Material sobre salud y bienestar

FRH24HRATSP1

Herramienta de evaluación de riesgos de la salud (HRAT)

Complete esta encuesta anual. Esta información nos ayudará a comprender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con su(s) proveedor(es) de atención primaria. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al 1-800-401-2740. TTY: 711

Desestime esta solicitud si recientemente envió por correo una herramienta de evaluación de riesgos para la salud completada.

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Número de teléfono: _____

Identificación del miembro: _____

A. Calificación de salud física

1. Por lo general, ¿cómo califica su salud? (Marque una opción) Excelente Buena Regular Mala

2. ¿Cuál es su estatura? (Números enteros) _____ Pies _____ Pulgadas 3. ¿Cuál es su peso? (Números enteros) _____ libras

B. Historial y tratamiento de salud

4. Marque si tiene alguno de los siguientes: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/demencia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hospicio
<input type="checkbox"/> Artritis o dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o bronquitis crónica)	<input type="checkbox"/> Problemas renales/diálisis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Caídas frecuentes	<input type="checkbox"/> Pérdida de orina o heces
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o arterias obstruidas	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (pie, tobillo, hinchazón de piernas)	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Úlcera cutánea/herida que no sana
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Colesterol o triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Depresión u otros problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____

5. ¿Cuándo vio por última vez a su médico de atención primaria? (Marque una opción)

Hace menos de 6 meses Hace más de 6 meses 12 meses atrás o más

Si no ha visto a su médico de atención primaria en los últimos 6 meses, llame al consultorio para programar una cita.

6. ¿Actualmente utiliza algún dispositivo de asistencia y/o equipo médico (como una silla de ruedas, un andador, un bastón, un asiento elevado para inodoro, oxígeno o una cama eléctrica)? Sí No

7. ¿Recibe atención de enfermería, terapia o atención médica a domicilio en su casa? Sí No

8. ¿Tiene ceguera o problemas para ver, incluso al usar anteojos? Sí No

9. ¿Tiene sordera o problemas de audición, incluso al usar audífonos? Sí No

10. Se ha colocado: (Marque todas las opciones que correspondan)

La vacuna contra la gripe durante el último año La vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años No está seguro(a)

11. **A.** Si actualmente le molesta el dolor, cuéntenos qué tan grave es el dolor, con 1 como muy poco dolor, 5 como dolor moderado y 10 como dolor intenso: No tengo dolor Del 1 al 3 Del 4 al 6 Del 7 al 10

B. Si siente dolor constante, ¿está consultando a un médico especialista en el control del dolor? Sí No

12. ¿Ha visto a un dentista en los últimos 12 meses? Sí No

Si no ha visto a su dentista, llame a su proveedor dental para programar una cita.

13. ¿Se ha realizado un control de cáncer de colon en los últimos 10 años? Sí No No estoy seguro(a)

14. ¿Se ha realizado un examen oftalmológico (con dilatación) en el último año? Sí No No estoy seguro(a)

15. Si le preocupa su salud, ¿sabe qué medidas puede tomar para mejorarla? (Marque una opción)

- No me preocupa mi salud. Me preocupa y sé los pasos que puedo tomar. Me preocupa y mi médico está trabajando conmigo.
 Me preocupa y me gustaría obtener información sobre las medidas para mejorar mi salud.

16. ¿Hay algo que le impida tomar medidas para mejorar su salud? (Marque una opción)

- No Sí, y me gustaría que me llamen para hablar. Sí, y estoy trabajando en ello.

C. Actividades de la vida diaria

17. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes tareas? (Marque todas las que correspondan):

- Bañarse o vestirse Preparar comidas Alimentarse Utilizar el baño Caminar
 Levantarse de la silla o la cama Tomar los medicamentos de acuerdo con las indicaciones Recordar y tomar decisiones

18. ¿Tiene alguien en su vida que pueda ayudarle con las tareas de la pregunta 17 si necesita ayuda?

- No, no necesito ayuda Sí, tengo la ayuda que necesito No, necesito ayuda y no la tengo

D. Estilo de vida y bienestar

19. ¿Consumes tabaco? (Fumar, masticar, inhalar, vapear o de cualquier otra forma) Sí No Quiero dejar de fumar

20. ¿El alcohol afecta su vida personal o laboral? Sí No No bebo Quiero dejar de beber

21. ¿Considera que realiza suficiente actividad/ejercicio físico? Sí No Quiero mejorar

22. ¿Cree que su dieta mantiene un estilo de vida saludable? Sí No Quiero mejorar

23. ¿Los problemas de salud personales o familiares dan como resultado la pérdida del trabajo/las actividades diarias?

- Sí No No estoy seguro(a)

24. ¿Cuál es su lugar de residencia hoy? (Marque una opción)

- 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. (Me alojo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en un autobús o en una estación de tren, o en un parque)

25. ¿Se siente a salvo en el lugar donde vive? (Marque una opción) Sí No

26. Dentro de los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más? (Marque una opción)

- A menudo esto es verdadero A veces esto es verdadero Nunca es verdadero

27. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable ha evitado que vaya a citas médicas, reuniones, al trabajo o a conseguir cosas necesarias para la vida diaria? Sí No

28. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes sentimientos?

- A. Sentir desánimo, depresión o desesperanza** En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
B. Poco interés o placer en hacer cosas En absoluto Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

29. ¿Experimenta alguno de los siguientes efectos comunes o sentimientos de estrés? (Marque todas las que correspondan):

- Ansiedad Consumo de drogas/alcohol Irritabilidad/enojo Tristeza/depresión Abstinencia social
 Dolor de pecho Dolor de cabeza Tensión muscular/dolor Problemas para dormir Malestar estomacal

Si tiene alguno de los síntomas anteriores o si siente depresión, programe una cita con su PCP.

30. ¿Le gustaría recibir información sobre cómo puede obtener ayuda para estos sentimientos? Sí No

31. ¿Le gustaría obtener información sobre las directivas anticipadas de cuidado médico, como el testamento en vida? Sí No

E. Datos demográficos

32. ¿Se identifica con un grupo cultural o espiritual determinado? Sí, _____ No No deseo responder

33. ¿Cuál es su idioma de preferencia? Inglés Español Francés criollo Otro: _____

34. ¿Cuál es su origen étnico? Hispano No hispano Otro: _____ No deseo responder

35. ¿A qué raza pertenece? Afroamericano Nativo de Alaska Indio americano Asiático Caucásico

Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái Otra: _____ No deseo responder