



PO Box 15804, Tampa, FL 33684-9846

Material de salud y bienestar

FRH23HATP1

Herramienta de evaluación de la salud (HAT)

Complete esta encuesta anual. Esta información nos permitirá entender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán los 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

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Ignore esta solicitud si, recientemente, ha enviado la Herramienta de evaluación de la salud completa por correo.

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Número de teléfono: _____

Identificación del miembro: _____

A. Calificación de la salud física

1. En términos generales, ¿cómo calificaría su salud? (marque una opción) Excelente Buena Regular Mala

2. ¿Cuánto mide? (números enteros) _____ pies _____ pulgadas 3. ¿Cuánto pesa? (números enteros) _____ libras.

B. Actividades cotidianas

4. ¿Cuánta ayuda necesita con lo siguiente? (marque una casilla para cada actividad)

Actividad	No necesita ayuda	Necesita algo de ayuda	Necesita ayuda plena
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de la cama o de la silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar la comida	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar los medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Recordar y tomar decisiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Si necesita ayuda, ¿tiene a alguien cercano o un cuidador que lo ayude Sí No Hospicio N/A

C. Historial de salud y tratamiento

6. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico de atención primaria? (marque una opción) Menos de 6 meses Más de 6 meses Hace 12 meses o más

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

7. ¿Actualmente, usa algún equipo médico, como oxígeno, cama eléctrica o silla de ruedas en su hogar? Sí No

8. ¿Recibe algún servicio de enfermería, terapia o cuidado médico en el hogar? Sí No

9. ¿Tiene ceguera o problemas para ver aun cuando usa anteojos? Sí No

10. ¿Tiene sordera o problemas para oír aun cuando usa audífono? Sí No

11. Se ha colocado: (marque todas las opciones que correspondan) La vacuna contra la influenza el año pasado La vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años No está seguro

12. ¿Se ha hecho una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años? Sí No No está segura N/A

13. ¿Se ha hecho una mamografía en los últimos 2 años? Sí No No está segura N/A

14. ¿Se ha hecho un chequeo de cáncer de colon en los últimos 10 años? Sí No No está seguro

15. Verifique si tiene alguna de estas condiciones: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/>	Asma	<input type="checkbox"/>	VIH/SIDA
<input type="checkbox"/>	Cáncer	<input type="checkbox"/>	Problemas renales
<input type="checkbox"/>	Insuficiencia cardíaca congestiva	<input type="checkbox"/>	Depresión u otro problema de salud mental
<input type="checkbox"/>	EPOC o enfisema o bronquitis crónica	<input type="checkbox"/>	Trasplante de órgano
<input type="checkbox"/>	Caidas frecuentes	<input type="checkbox"/>	Diabetes
<input type="checkbox"/>	Ataque cardíaco u obstrucción de arterias	<input type="checkbox"/>	Úlcera cutánea/herida que no cicatriza
<input type="checkbox"/>	Presión arterial alta	<input type="checkbox"/>	Otra _____

16. Si le preocupa su salud, ¿sabe qué puede hacer para mejorarla? (marque una opción)

- No me preocupa mi salud. Me preocupa y sé qué debo hacer.
 Me preocupa, y mi médico está asistiéndome. Me preocupa y me gustaría obtener información sobre qué debo hacer para mejorar mi salud.

17. ¿Hay algo que le impida hacer lo necesario para mejorar su salud? (marque una opción)

- No Sí, y quisiera que me llamaran para hablar sobre ello. Sí, estoy ocupándome de ello.

D. Estilo de vida y bienestar

18. ¿Usa tabaco? (fumar, masticar, esnifar, vapear o cualquier otra forma) Sí No Deseo dejar de fumar

19. ¿El consumo de alcohol afecta su vida personal o laboral? Sí No N/A, no bebo alcohol

20. ¿Cree que hace suficiente actividad física/ejercicio? Sí No Deseo mejorar

21. ¿Cree que su alimentación corresponde a un estilo de vida saludable? Sí No Deseo mejorar

22. ¿Los problemas de salud personales o familiares son motivo de pérdida de trabajo/actividades diarias? Sí No No está seguro

23. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? (marque una opción)

- Tengo un lugar estable donde vivir.
 Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.
 No tengo un lugar estable donde vivir. (Estoy viviendo con otras personas temporalmente, en un hotel, en un refugio, en la calle, en la playa, en el automóvil, en un edificio abandonado, en la estación de autobuses o trenes, o en un parque)

24. ¿Se siente seguro donde vive? (marque una opción) Sí No

25. En los últimos 12 meses, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de poder conseguir dinero para comprar más? (marque una opción)

- A menudo A veces Nunca

26. En los últimos 12 meses, ¿la falta de un medio de transporte confiable le impidió concurrir a citas médicas, a reuniones, al trabajo, o conseguir cosas necesarias para la vida cotidiana? Sí No

27. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido abrumado por alguno de estos sentimientos?

- A. Tristeza, 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

28. ¿Tiene alguno de los siguientes efectos comunes o sentimientos a causa del estrés?

(Marque todas las opciones que correspondan): Ansiedad Uso de alcohol/drogas Irritabilidad/ira Tristeza/depresión
 Aislamiento social Dolor en el pecho Dolor de cabeza Tensión/dolor muscular
 Problema para dormir Malestar estomacal

Si presenta alguno de los síntomas indicados o se siente deprimido, programe una cita con su PCP.

29. ¿Le gustaría obtener información sobre cómo recibir ayuda con estos sentimientos? Sí No

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

E. Demografía

31. ¿Se identifica con un grupo cultural o espiritual en particular? Sí, _____ No No deseo responder

32. ¿Cuál es su idioma preferido? Inglés Español Francés Creole Otro: _____

33. ¿Cuál es su etnia? Hispano No hispano Otra: _____ Me rehúso a responder

34. ¿A qué raza pertenece? Afroamericano Nativo de Alaska Amerindio Asiático Caucásico
 Isleño del Pacífico o nativo de Hawái Otra: _____ Me rehúso a responder