

Evaluación de riesgos para la salud (18 años de edad o más)



Por favor, responda a todas las preguntas. Utilice un formulario diferente para cada adulto.

Primer nombre _____ Apellido _____

Fecha de nacimiento _____ N.º de identificación (ID) de miembro _____

Dirección postal preferida _____

Número de teléfono preferido _____ Correo electrónico preferido _____

Raza

- Asiática
- Indoamericana/nativa de Alaska
- Persona de raza blanca
- Persona de raza negra o afroamericana
- No se sabe
- Nativo de Hawái o isleño del Pacífico
- Se niega a contestar
- Otro _____

Etnicidad

- Hispana o latina
- Ni hispana ni latina
- No se sabe
- Se niega a contestar
- Otro _____

Idioma de preferencia:

- Inglés
- Español
- Otro _____

¿Es usted indoamericano/a?

- Sí
- No
- No se sabe
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿es elegible para recibir servicios de salud indígena?

- Sí
- No
- No se sabe
- Se niega a contestar

¿Cuál es su identidad de género? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Mujer
- Hombre
- No binario (No se identifica con ninguno de los dos)
- Transgénero
- No se sabe
- Se niega a contestar

¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

- Sin escolarización
- De primaria a 8.º grado
- Algunos estudios de educación secundaria, sin diploma
- Estudios secundarios completos, con diploma o equivalente (GED, etc.)
- Estudios universitarios incompletos, sin título
- Formación comercial/técnica/profesional
- Grado de asociado
- Licenciatura
- Título de máster
- Título de doctor o equivalente
- Se niega a contestar
- No se sabe

¿Tiene alguna creencia religiosa, espiritual o cultural que repercuta en su atención de salud?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Le cuesta entender lo que le dice su médico sobre su salud?

- Sí
- No
- Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Necesita ayuda de otras personas para comprender materiales escritos o para rellenar formularios médicos?

Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Necesita alguna información sobre un testamento vital o un poder notarial para la atención de salud?

Sí. No. Ya los he completado y están en mi expediente No se sabe Se niega a contestar

En caso afirmativo, explíquelo: _____

SALUD Y SEGURIDAD GLOBAL

En general, ¿cómo calificaría su salud?:

Excelente Muy buena Buena Regular Mala No se sabe

Si es mala, explíquelo: _____

¿Hasta qué punto está dispuesto a hacer cambios por su salud?

No estoy listo/a para cambiar No estoy seguro/a Estoy listo/a para cambiar No se necesitan cambios. No se sabe

Si está listo/a para un cambio, ¿qué cambios está dispuesto a hacer por su salud?

¿Tiene un médico o un proveedor de atención de salud?

Sí. ¿Cuál es el nombre de su proveedor? _____

i Los exámenes periódicos de bienestar pueden ayudarle a mantenerse lo más saludable posible.

¿Ha consultado a su proveedor en los últimos 12 meses? Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿para qué acudió a su proveedor? Visita de atención preventiva/bienestar Visita por enfermedad

Seguimiento después de haber estado en el hospital Seguimiento después de la visita a la sala de emergencias Otro

Si es otro, ¿para qué fue la visita? _____

i Es importante identificar a un médico o proveedor de atención de salud para ayudarle a mantenerse saludable y en caso de que se enferme.

¿Necesita ayuda para encontrar un médico de cabecera o un proveedor de atención de salud? Sí. No.

¿Cuántas veces estuvo en el hospital en los últimos 3 meses?

Ninguna Una vez Dos veces Más de 3 veces No se sabe

Enumere la(s) razón(es) de la(s) visita(s) al hospital: _____

¿Cuántas veces fue a la sala de emergencias en los últimos 3 meses?

Ninguna Una vez Dos veces Más de 3 veces No se sabe

Enumere la(s) razón(es) de la(s) visita(s) a la sala de emergencias: _____

¿Cuántos medicamentos toma actualmente que le haya recetado su médico o de venta libre?

- Ninguna 1 a 3 medicamentos recetados 4 a 7 medicamentos recetados 8 o más medicamentos recetados No se sabe

¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos como quiere su médico o proveedor de atención de salud?

- Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, explique lo que le impide tomar sus medicamentos: _____

¿Alguna vez se olvida de tomar sus medicamentos? Sí. No. Algunas veces. No se sabe

¿Necesita ayuda con sus medicamentos? Sí. No. Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Cuándo fue la última vez que fue al dentista?

- En los últimos 6 meses En los últimos 12 meses Más de 12 meses Nunca No se sabe

¿Necesita ayuda con la atención dental? Sí. No. Rechaza la ayuda N/C

¿Cuál es su estatura? _____ pies _____ pulgadas **¿Cuál es su peso?** _____ libras

¿Le ha preocupado su peso a usted o a un médico o proveedor?

- Sí, el sobrepeso Sí, el bajo peso No. No se sabe

Si ha respondido afirmativamente a la preocupación por el sobrepeso, ¿está interesado/a en perder peso? Sí. No. No se sabe

¿Sigue una dieta sana, como comer fruta, verdura y cereales integrales todos los días? ¿Limita el azúcar y las grasas saturadas?

- Sí, la mayoría de las veces Sí, algunas veces No, no muy a menudo No se sabe

Si no sigue una dieta sana, ¿qué se lo impide? _____

¿Participa regularmente en actividades físicas?

- Sí. No. No puedo hacer ejercicio debido a condiciones médicas No se sabe

En caso negativo, explíquelo: _____

¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses? Sí. No. No se sabe

En caso negativo, indique el motivo para no vacunarse contra la gripe: _____

i Se recomienda vacunar contra la gripe a todas las personas mayores de 6 meses cada año. Vacunarse anualmente contra la gripe es la mejor manera de protegerse y proteger a su familia de la gripe.

¿Qué hace para cuidarse en relación con su salud y bienestar?

¿Se ha vacunado contra la COVID? Sí. No. No se sabe

En caso negativo, indique el motivo para no vacunarse contra la COVID: _____

¿Tiene algún objetivo personal o de salud para usted? Sí. No.

En caso afirmativo, ¿cuáles son sus objetivos? _____

¿Cuáles cree que son sus puntos fuertes? _____

¿Tiene entre 50 y 75 años? Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿se ha sometido a pruebas de detección del cáncer de colon desde que cumplió 50 años?

Sí. No. N/C Antecedentes de cáncer de colon o colectomía No se sabe

¿Es usted mujer? Sí. No. No se sabe

Si es mujer, continúe respondiendo a las preguntas siguientes. Si es usted hombre, pase a la sección Inquietudes sociales.

¿Cuál es su edad? 18 a 20 años 21 a 24 años 24 a 49 años 50 a 64 años

¿Está sexualmente activa ahora o lo ha estado en el pasado y se ha sometido a una prueba de detección de una infección de transmisión sexual (ITS) como la clamidia en el último año? Responda solo si su edad es de 18 a 24 años.

Sí. No. N/C Ninguna actividad sexual No se sabe

¿Está embarazada? Responda solo Sí, la fecha de dar a luz es _____ No. No se sabe si su edad es de 18 a 49 años.

¿Se ha hecho una citología vaginal (PAP) en los últimos 3 años? Sí. No. No se sabe
Responda solo si su edad es de 21 a 64 años.

¿Se hace una mamografía para detectar el cáncer de seno al menos cada 2 años? Responda solo si su edad es de 50 a 64 años.

Sí. No. No se sabe

INQUIETUDES SOCIALES

¿Cuáles son sus fuentes de ingresos? _____

¿Le preocupa actualmente tener suficiente dinero para pagar las necesidades básicas (alquiler, servicios públicos, cuidado de niños, etc.)?

Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, explique las inquietudes: _____

En los últimos 2 meses, ¿ha vivido en una vivienda estable de su propiedad, en alquiler o como parte de un hogar?

Sí. No. No se sabe

En caso negativo, explíquelo: _____

¿Se siente siempre a salvo en su casa y con todas las personas que le rodean?

Sí. No. No se sabe

En caso negativo, explíquelo: _____

¿Tiene acceso a un teléfono seguro y fiable? Sí. No. No se sabe

¿Con cuál de los siguientes aspectos cree que necesita ayuda en este momento?

• Empleo Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿desea un empleo remunerado o voluntario? Empleo remunerado Trabajo voluntario

¿Le interesa recibir información/recursos de formación o preparación para incorporarse al mercado laboral? Sí. No.

• **Transporte a las citas médicas** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Problemas jurídicos** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Administrar el dinero** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Servicios públicos** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Cuidado de niños** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Compras** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Alimentos** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

• **Atención nocturna** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

- **Recordar o comprender cosas** Sí. No. Se niega a contestar

En caso afirmativo, ¿qué problemas tiene y qué ayuda necesita? _____

¿Tiene un cuidador principal que le ayude regularmente? Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿están haciendo un buen trabajo de apoyo para sus necesidades de atención de salud? Sí. No. No se sabe

¿Quién es su cuidador? Agencia Familia Amigo/a Otro

Nombre del cuidador de la agencia _____ N.º de teléfono _____

Nombre del cuidador familiar _____ N.º de teléfono _____

Nombre del amigo cuidador _____ N.º de teléfono _____

Nombre del otro cuidador _____ N.º de teléfono _____

¿Tiene alguna relación con recursos comunitarios (administradores de casos u otras agencias)?

Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿cuáles son las agencias comunitarias con las que trabaja? _____

DIAGNÓSTICOS DE SALUD FÍSICA Y DEL COMPORTAMIENTO

¿Alguno de los siguientes puntos se aplica a usted? (Marque todas las que corresponden).

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis. Tipo _____ | <input type="checkbox"/> Asma en la edad adulta | <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD)/enfisema |
| <input type="checkbox"/> Hepatitis | <input type="checkbox"/> VIH | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <input type="checkbox"/> Esquizofrenia | <input type="checkbox"/> Trastornos alimenticios | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje | <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Trastorno de ansiedad |
| <input type="checkbox"/> Trasplante | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal crónica | <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes (sin rasgo) |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Demencia | <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar |

¿Tiene algún problema auditivo, de la vista o del habla que requiera servicios especiales?

Sí. No. Se niega a contestar Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explique los problemas y la ayuda que necesita: _____

¿Tiene alguna otra condición que no figure en la lista anterior? _____

En los últimos 7 días, ¿han afectado sus problemas de salud su capacidad para realizar sus actividades cotidianas habituales?

Sí. No. Se niega a contestar Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explique los problemas y la ayuda que necesita: _____

¿Tiene algún otro problema de salud? Sí. No. Se niega a contestar Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explique los problemas y la ayuda que necesita: _____

¿Necesita ayuda con alguna de los problemas que ha enumerado anteriormente? Sí. No. Se niega a contestar Rechaza la ayuda

En caso afirmativo, explique los problemas y la ayuda que necesita: _____

SALUD DEL COMPORTAMIENTO

En general, ¿cuán conforme está con su vida?

Muy satisfecho/a Satisfecho/a Insatisfecho/a Muy insatisfecho/a No se sabe

Si está muy insatisfecho/a, explique: _____

Durante el último mes, ¿se ha sentido solo/a con frecuencia?

Sí. No. No se sabe

Durante el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido/a o desesperanzado/a?

Sí. No. No se sabe

Durante el último mes, ¿ha sentido desinterés o falta de placer por hacer cosas con frecuencia?

Sí. No. No se sabe

Durante el último año, ¿cuántas veces tomó 5 bebidas alcohólicas o más en un mismo día?

Nunca Una o dos veces Una vez por mes Una vez por semana Una vez por día o casi todos los días No se sabe

Durante el último año, ¿cuántas veces consumió tabaco?

Nunca Una o dos veces Una vez por mes Una vez por semana Una vez al día/casi todos los días No se sabe

En caso afirmativo, ¿tiene interés en dejar de fumar en el próximo mes? Sí. No. No se sabe

Durante el último año, ¿con qué frecuencia consumió medicamentos recetados por razones no médicas?

Nunca Una o dos veces Una vez por mes Una vez por semana Una vez por día o casi todos los días No se sabe

Durante el último año, ¿con qué frecuencia consumió drogas ilegales?

Nunca Una o dos veces Una vez por mes Una vez por semana Una vez por día o casi todos los días No se sabe

¿Tiene antecedentes personales de abuso de sustancias? Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué tipo de abuso personal de sustancias? _____

¿Ha recibido tratamiento por abuso de alcohol o sustancias en los últimos 6 meses?

Sí. No. No se sabe

En caso negativo, ¿desea ayuda para recibir tratamiento? Sí. No. No se sabe

¿Está recibiendo tratamiento para un trastorno de la salud del comportamiento?

Sí. Mi proveedor es _____ No. No se sabe

En caso negativo, ¿desea ayuda para recibir tratamiento? Sí. No. No se sabe

¿Tiene problemas a menudo para conciliar el sueño o permanecer dormido/a, o duerme demasiado?

Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, explíquelo: _____

¿Qué hace para conciliar el sueño? _____

DOLOR Y ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

Durante el último mes, ¿ha tenido algún dolor que haya interferido en la realización de las tareas domésticas o en su capacidad para trabajar fuera de casa?

Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué tipo de dolor? _____

¿Puede caminar con seguridad en distintas superficies una vez que está de pie? Sí. No. No se sabe

¿Puede subir y bajar de la cama o de una silla sin ayuda? Sí. No. No se sabe

¿Puede comer por la boca sin ayuda? Sí. No. No se sabe

¿Puede bañarse o ducharse sin ayuda? Sí. No. No se sabe

¿Puede vestirse sin ayuda? Sí. No. No se sabe

¿Puede ir y volver del baño o del inodoro portátil? Sí. No. No se sabe

¿Tiene un control total de sus funciones intestinales y urinarias? Sí. No. No se sabe

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades diarias: caminar, levantarse de la silla, comer, bañarse, vestirse o ir al baño? Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿quién le ayuda ahora? _____

¿Le vendría bien una ayuda adicional para estas actividades?

Sí. No. No se sabe

En caso afirmativo, ¿qué tipo de ayuda necesita? _____

INFORMACIÓN GENERAL

Persona que completó la evaluación: _____ Fecha: _____

Relación con el miembro: Miembro Representante del miembro con permiso Padre/madre o tutor

*Asegúrese de haber respondido a todas las preguntas.
Gracias por su tiempo. Volveremos a comunicarnos con usted.*