



Evaluación de Riesgos de Salud para Miembros de IEHP DualChoice (HMO D-SNP)

DualChoice

En IEHP DualChoice (HMO D-SNP), deseamos brindarle la mejor atención médica posible. Le pedimos que responda esta Evaluación de Riesgos de Salud (*Health Risk Assessment*) para ayudarnos a conocer sus necesidades de atención médica. Sus respuestas no afectarán, de ningún modo, a sus beneficios. Quizás le indiquemos que saltee algunas preguntas. Puede usar una de las cuatro opciones siguientes para responder esta encuesta:

1. **En Persona:** Un Miembro del Equipo de IEHP puede reunirse con usted para ayudarle a llenar el formulario.
2. **Por Teléfono:** Un Miembro del Equipo de IEHP puede llamarle para llenar el formulario.
3. **Por Correo:** Usted puede llenar el formulario y enviarlo en el sobre de respuesta proporcionado.
4. **En Línea:** Usted puede llenar el cuestionario en línea, utilizando el portal para Miembros.

Si desea llenar este formulario en persona o por teléfono, por favor, llame a Servicios para Miembros de IEHP DualChoice y pida completar una "Evaluación de Riesgos de Salud". El número para llamar es el 1-877-273-IEHP (4347), de 8am a 8pm (Hora del Pacífico), los 7 días de la semana, incluidos los días festivos. Los usuarios de TTY/TDD deben llamar al 1-800-718-4347. Cuando llame tenga a la mano su Identificación de Miembro de IEHP DualChoice.

SU SALUD

1. ¿Qué idioma prefiere para hablar y leer?

	Hablar	Leer
Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lenguaje de Señas Americano (<i>American Sign Language, ASL</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	_____	_____

2. ¿Tiene algún problema para ver, oír o hablar? (Marque todas las opciones que correspondan)

- Ver
- Oír
- Hablar
- Ninguno

3. En general, ¿cómo calificaría su salud?

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

4. ¿Tiene alguna o recibió tratamiento para alguna de las siguientes condiciones en los últimos 12 meses?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Artritis | <input type="checkbox"/> Trastorno Alimenticio
<i>Ejemplo: Anorexia, Bulimia</i> | <input type="checkbox"/> Enfermedad Hepática |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Problemas Cardíacos
<i>Ejemplo: Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Cardiopatía Coronaria, Arritmia</i> | <input type="checkbox"/> Problemas de Memoria
<i>Ejemplo: Demencia, Enfermedad de Alzheimer</i> |
| <input type="checkbox"/> Depresión/Ansiedad | <input type="checkbox"/> Presión Arterial Alta | <input type="checkbox"/> Trasplante de Órganos |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Enfermedad Infecciosa
<i>Ejemplo: Hepatitis, VIH/SIDA</i> | <input type="checkbox"/> Embarazo |
| <input type="checkbox"/> EPOC (Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica) | <input type="checkbox"/> Enfermedad Renal
<i>Ejemplo: Diálisis, Enfermedad Renal en Etapa Terminal</i> | <input type="checkbox"/> Convulsiones |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad del Desarrollo
<i>Ejemplo: Autismo, Parálisis Cerebral, Síndrome de Down</i> | <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Anemia Drepanocítica |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | | <input type="checkbox"/> Derrame Cerebral |
| | | <input type="checkbox"/> Otra (especifique):
_____ |

5. ¿Cuántos medicamentos diferentes está tomando?

0

1-5

6-10

11 o más

6. A. En las últimas cuatro semanas, ¿cuánto interfirió el dolor en sus actividades normales?

Para nada

Un poco

Moderadamente

Bastante

Extremadamente

B. ¿Está recibiendo tratamiento para el dolor actualmente?

Sí

No

7. A. ¿Está usando alguno de estos suministros o equipos en este momento? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Bastón/muletas | <input type="checkbox"/> Suministros para la diabetes | <input type="checkbox"/> Respirador |
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Suministros para la incontinencia | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Suministros para ostomía | <input type="checkbox"/> Medidor de presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Inodoro Portátil | <input type="checkbox"/> Suministros para succión | <input type="checkbox"/> Audífonos |
| <input type="checkbox"/> Cama de Hospital/
Elevador Hoyer | <input type="checkbox"/> Suministros para el cuidado de heridas | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Suministros para alimentación por sonda | <input type="checkbox"/> C-Pap o Bi-Pap | <input type="checkbox"/> Ninguno |

B. ¿Necesita ayuda para conseguir algún suministro o equipo en este momento?

- Sí
 No

8. En el último año, ¿visitó a su Doctor de Cuidado Primario?

- Sí
 No

9. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces fue a la Sala de Emergencias?

- Ninguna
 1
 2
 3 o más

13. Responda las siguientes preguntas:

- | | Sí | No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Alguna vez pensó que debería reducir su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Alguna vez le molestó que le hicieran comentarios sobre su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Alguna vez se sintió mal o culpable con respecto a su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Alguna vez consumió alcohol u otras drogas para aliviar sus síntomas de abstinencia o librarse de una resaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SU APOYO

14. A. ¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades? (Responda Sí/No a cada actividad)

	SÍ	NO
a. Bañarse o ducharse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Preparar comidas o cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Levantarse de la cama o de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hacer las compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Lavar los platos o la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Escribir cheques o controlar el dinero que gasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ir al Doctor o a ver a sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Hacer las tareas del hogar o cuidar el jardín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Salir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Llevar un registro de sus citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Si la respuesta es sí, ¿está recibiendo la ayuda que necesita para estas actividades?

Sí

No

15. A. ¿Puede vivir de manera segura y moverse fácilmente dentro de su hogar?

Sí (Pase a la Pregunta 16)

No

B. Si la respuesta es no, ¿el lugar donde vive tiene las siguientes características?: (Responda Sí/No a cada característica)

	SÍ	NO
a. Buena iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Buena calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Buena refrigeración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Barandas para las escaleras o rampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Agua caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Baño interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Una puerta que separa del exterior y se cierra con llave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Escaleras para entrar en su hogar o escaleras dentro de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ascensor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Espacio para usar una silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Caminos despejados para salir de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Quiero preguntarle cómo cree que está controlando sus condiciones de salud.

	SÍ	No
a. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. ¿Necesita ayuda para responder las preguntas durante una cita al Doctor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. ¿Tiene familiares u otras personas que quieran y puedan ayudarle cuando sea necesario?

Sí

No (*Pase a la Pregunta 19*)

18. ¿Piensa alguna vez que a su cuidador le cuesta brindarle la ayuda que usted necesita?

Sí

No

19. A. ¿Le tiene miedo a alguien o alguna persona le lastima?

Sí

No

B. ¿Alguna persona está usando su dinero sin su autorización?

Sí

No

20. ¿Ha experimentado algún cambio en su forma de pensar, su memoria o su capacidad de tomar decisiones?

Sí

No

21. A. ¿Sufrió alguna caída en el último mes?

Sí

No

B. ¿Tiene miedo de caerse?

Sí

No

22. ¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?

Sí

No

23. En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo? (Marque una opción)

- Ninguno – Nunca me siento solo
- Menos de 5 días
- Más de la mitad de los días (más de 15)
- La mayoría de los días – Siempre me siento solo

24. En el último mes (30 días), ¿con qué frecuencia se sintió tenso, ansioso o deprimido?

- Casi todos los días
- A veces
- Rara vez
- Nunca

25. A. ¿Está recibiendo alguno de estos recursos en su comunidad? (Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con los alimentos | <input type="checkbox"/> Educación sobre la salud | <input type="checkbox"/> Servicios de salud mental/Servicios para el consumo de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Vivienda/asistencia para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Programas de asistencia con la energía | <input type="checkbox"/> Servicios para veteranos |
| <input type="checkbox"/> Servicios de transporte | <input type="checkbox"/> Servicios para adultos mayores | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de cuidadores | <input type="checkbox"/> Servicios para personas con discapacidades | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recursos para la Comunidad de IEHP | <input type="checkbox"/> Servicios dentales | <input type="checkbox"/> No sé/No entiendo |
| | <input type="checkbox"/> Servicios del cuidado de la vista | |
| | <input type="checkbox"/> Grupos de apoyo | |

Ejemplo: Programa de 12 Pasos, Grupo de Apoyo para el Cáncer, etc.

B. ¿Le interesa recibir información sobre los recursos disponibles en su comunidad?

- Sí
 No

26. Teniendo en cuenta todos los temas que se incluyeron aquí, ¿cuáles diría que son sus principales preocupaciones en este momento?

(Mencione brevemente hasta tres preocupaciones)

1. _____
2. _____
3. _____

27. A. ¿Tiene algún familiar, amigo o cuidador de reemplazo de emergencia para que le ayude en su hogar si usted se enferma o no puede cuidarse solo, o si su Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (*In-Home Supportive Services, IHSS*) no está disponible?

Sí

No

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación con usted: _____

B. ¿El personal de IEHP puede hablar sobre sus necesidades de atención médica o sobre su plan de atención médica con la persona (el cuidador) mencionada previamente?

Sí

No

28. ¿Tiene un testamento vital o Instrucciones Anticipadas sobre la Atención Médica (*Advance Care Directive*)?

Sí

No

No sé

¡Gracias por completar esta evaluación! Por favor, envíela por correo en el sobre de respuesta adjunto con la dirección impresa y el franqueo prepago a:

**INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
ATTENTION: HEALTH RISK ASSESSMENT TEAM
10801 6th Street,
Rancho Cucamonga, CA 91730**