

Evaluación de riesgos a la salud (HRA, por sus siglas en inglés)

INTRODUCCIÓN

Gracias por contestar la encuesta HRA. Sus respuestas a este conjunto de preguntas relacionadas con la salud nos ayudarán a conocer su estado de salud y sus necesidades de atención médica. Contestar esta encuesta deberá tomarle aproximadamente 20 minutos. Se adjuntan las instrucciones para enviar la encuesta una vez que la haya contestado.

Después de recibir su encuesta, el equipo de Administración de Atención Integrada de HPSM analizará sus respuestas y colaborará con usted para crear un plan de atención personalizado. Este plan de atención incluye sus medicamentos, consultas a proveedores, nutrición, ejercicio y más.

Las respuestas que usted proporcione son confidenciales y no modificarán su cobertura de CareAdvantage.

Si prefiere responder esta encuesta por teléfono, llame al **650-616-5035** o al **1-888-783-3035** (TTY: **1-800-855-3000** o marque **7-1-1**). El horario de atención telefónica es de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Por favor utilice un bolígrafo azul o negro y rellene completamente el círculo.

Correcto	Incorrecto
	   

Fecha de hoy
1. ¿Quién respondió esta encuesta?

Yo mismo(a) (miembro)	Representante	Familiar/pariente	Cuidador
Amigo(a)	Otro		

2. ¿Cómo se respondió la encuesta?

Respondido y enviado a HPSM por correo postal/email/fax/en persona	Se respondió por teléfono con personal de HPSM	Respondido en persona con personal de HPSM
--	--	--

Información del miembro
3. Sírvase proporcionar su información de contacto.

Nombre del miembro	Fecha de nacimiento
Número de teléfono del hogar	Número de identificación de miembro de HPSM
Número de teléfono celular	Número de teléfono alternativo
Dirección de Email (Escriba en letra de molde)	

4. ¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

Atención médica

5. ¿Cómo calificaría su salud en general durante las últimas 4 semanas?

Excelente	Muy buena	Buena	Regular
Mala	Muy mala	No lo sé	Prefiero no responder

6. ¿Ha sido diagnosticado o está actualmente en tratamiento por alguna de las siguientes condiciones médicas? Por favor marque todas las opciones que correspondan:

☐	A. Enfermedad de Alzheimer o cualquier demencia relacionada
☐	B. TDAH (trastorno por déficit de atención e hiperactividad)
☐	C. Ansiedad
☐	D. Autismo
☐	E. Trastorno bipolar
☐	F. Depresión
☐	G. Trastorno psicótico (esquizofrenia)
☐	H. Trastorno por consumo de sustancias
☐	I. VIH/SIDA
☐	J. Otro
☐	K. Nunca me han diagnosticado ninguna de estas condiciones médicas

7. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha acudido a la sala de emergencias o ha pasado la noche en el hospital?

Nada en absoluto	1 vez	2-5 veces	Más de 6 veces
------------------	-------	-----------	----------------



Atención médica (continuación)

8. ¿Tiene usted un médico de atención primaria (PCP)? Si la respuesta es "sí", por favor proporcione la información de contacto.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
Nombre del médico de atención primaria		Número de teléfono	

9. ¿Tiene usted un especialista o una clínica que administre su atención médica? Si la respuesta es "sí", por favor proporcione la información de contacto.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
Nombre del especialista/de la clínica		Número de teléfono	

10. ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al médico?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

11. ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

12. ¿Tiene alguna cita de atención médica próxima que HPSM pueda ayudarle a coordinar?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

13. Si esto se aplica a usted, ¿está embarazada actualmente o ha dado a luz en los últimos 12 meses? Si la respuesta es "sí", conteste la pregunta 13a. Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 14.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

13a. Si la respuesta es "sí", ¿consulta usted actualmente a un médico para este embarazo/parto?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------



Atención médica (continuación)

14. ¿En este momento tiene alguno de los siguientes problemas?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
A. Vista: ¿Choca con las cosas al andar por su casa?				
B. Audición: ¿Alguien la he dicho alguna vez que debería hacerse un examen auditivo (oídos)?				
C. Salud bucal: ¿Tiene algún problema con los dientes o la boca?				

15. ¿En la actualidad NECESITA AYUDA para conseguir alguno de los siguientes servicios o materiales?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
A. Vista (anteojos, lentes de contacto, etc.)				
B. Audición (aparatos auditivos)				
C. Salud bucal/atención dental (dentaduras postizas, caries, limpiezas, dolor, etc.)				
D. Atención de un especialista (corazón, pulmones, dolor, salud mental, etc.)				
E. Medicamentos (recetados por su proveedor)				
F. Atención de la salud sexual (ginecología/obstetricia, planificación familiar, urología, etc.)				
G. Materiales para la incontinencia (pañales para adultos) y/o tratamiento				
H. Equipos y/o materiales médicos (bastón; andador; silla de ruedas; cuidado de la diabetes, la presión arterial o el cuidado de heridas; oxígeno, etc.)				
I. Servicios de intérprete				

16. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

17. ¿Tiene un plan para su atención médica si no puede tomar decisiones? Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 17b. Si la respuesta es "no", conteste la pregunta 17a.			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

Atención médica (continuación)

17a. Si la respuesta es "no", ¿tiene a alguien que tome decisiones en su nombre, como un representante?

Tengo a alguien que me ayuda a tomar decisiones	No tengo a alguien que me ayuda a tomar decisiones	No lo sé	Prefiero no responder
---	--	----------	-----------------------

17b. Si tiene un representante o alguien que actúe en su nombre, por favor indique su nombre y el mejor número para contactarlo.

Nombre

Número de teléfono

Relación o parentesco con el miembro

Situación de vivienda

18. En los últimos 12 meses, ¿estuvo en un centro penitenciario (por ejemplo, prisión, cárcel, centro correccional para menores)?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder	No corresponde
----	----	----------	-----------------------	----------------

19. En los últimos 12 meses, ¿estuvo usted en una residencia para personas mayores?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder	No corresponde
----	----	----------	-----------------------	----------------

20. ¿Le preocupa su situación de vivienda?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder	No corresponde
----	----	----------	-----------------------	----------------

Entorno de vivienda *(continuación)*

21. ¿Cuál es su situación de vivienda actual? (Marque una opción que corresponda):

	A. Casa, apartamento o casa-remolque
	B. Automóvil o casa rodante
	C. Hospital, centro de tratamiento o residencia para personas mayores
	D. Hotel o motel
	E. Se está quedado con otras personas
	F. En un albergue
	G. Vive en la calle/playa/parque
	H. No lo sé
	I. Prefiero no responder

22. Piense en el lugar donde usted vive. ¿Ha tenido algún problema con lo siguiente? (Marque todas las opciones que correspondan)

	A. Plagas, como insectos, hormigas o ratones
	B. Pintura o tuberías con plomo
	C. El horno o la estufa de cocinar no funciona
	D. Fugas de agua
	E. Moho
	F. Falta de calefacción
	G. Falta de detectores de humo, o no funcionan
	H. Ninguno de los anteriores
	I. No lo sé
	J. Prefiero no responder

Entorno de vivienda (continuación)

23. ¿El sitio donde vive cuenta con lo siguiente?	Sí	No	No se aplica al lugar donde vivo	No lo sé	Prefiero no responder
A. Barandillas en escaleras o rampas					
B. Espacio para andar en silla de ruedas					
C. Escaleras para entrar a su hogar o adentro de su hogar					
D. Ascensor					
E. Una puerta al exterior con llave					
F. Caminos despejados para salir de la casa					
G. Buena iluminación					
H. Buena calefacción					
I. Buena refrigeración					
J. Agua caliente					
K. Inodoro dentro de la vivienda					

Función corporal

24. ¿Necesita ayuda para hacer alguna de estas cosas?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
A. Bañarse o ducharse				
B. Usar el inodoro				
C. Vestirse				
D. Cepillarse el pelo, lavarse los dientes, afeitarse				
E. Subir o bajar escaleras				
F. Levantarse de la cama o de una silla				
G. Caminar				
H. Ir de compras y obtener alimentos				
I. Preparar la comida o cocinar				
J. Comer				
K. Lavar los platos o la ropa				
L. Hacer las tareas del hogar o de jardinería				
M. Conseguir quién lo/la lleve al médico o a visitar a su familia o a sus amigos				
N. Hacer cheques o llevar el control del dinero				
O. Usar el teléfono				
P. Llevar el control de las citas médicas				

25. Si respondió que sí en alguna de las actividades de la pregunta anterior, ¿recibe usted toda la ayuda que necesita para realizar estas actividades?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder



Función corporal (continuación)

26. ¿Cuenta con familiares u otras personas dispuestas a ayudarlo y capaces de hacerlo cuando lo necesita?
Si la respuesta es "sí", conteste las preguntas 26a y 26b. Si la respuesta es "no", pase a la pregunta 27.

(Un cuidador proporciona cuidado personal o servicios de atención en el hogar y ayuda con sus necesidades diarias. No es necesariamente un servicio remunerado y puede ser proporcionado por un familiar, un amigo, un vecino, etc.).

Sí	No	No tengo cuidador	No lo sé	No corresponde
----	----	-------------------	----------	----------------

26a. ¿Alguna vez pensó que la persona encargada de su cuidado tiene dificultad para brindarle toda la ayuda que usted necesita?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

26b. Durante el último mes, ¿qué tan satisfecho se ha sentido con la ayuda que ha recibido de su cuidador, familiares, amigos o vecinos?

Muy	Poco	Moderadamente	Nada en absoluto	No lo sé	Prefiero no responder
-----	------	---------------	------------------	----------	-----------------------

27. ¿Tiene miedo de caerse?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

28. ¿Tuvo alguna caída en el último mes?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------



Servicios públicos/finanzas

29. ¿Alguien utiliza su dinero sin su consentimiento?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

30. ¿Con qué frecuencia es verdadera la siguiente afirmación: ¿Se queda sin dinero a veces para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?

Con frecuencia	A veces	Nunca	No lo sé	Prefiero no responder
----------------	---------	-------	----------	-----------------------

31. ¿Con qué frecuencia es verdadera la siguiente afirmación? En los últimos 12 meses, ¿tuvo miedo de quedarse sin comida antes de tener dinero para comprar más?

Con frecuencia	A veces	Nunca	No lo sé	Prefiero no responder
----------------	---------	-------	----------	-----------------------

32. ¿Con qué frecuencia es verdadera la siguiente afirmación? En los últimos 12 meses, ¿la comida que compró simplemente no le duró y no tuvo dinero para comprar más?

Con frecuencia	A veces	Nunca	No lo sé	Prefiero no responder
----------------	---------	-------	----------	-----------------------

Transporte

33. ¿Cuál es su principal medio de transporte? *Elija el que utiliza con mayor frecuencia.*

	A. Automóvil
	B. Autobús/transporte público
	C. Taxi/servicio de vehículo compartido
	D. Ambulancia o transporte que no son de emergencia
	E. Bicicleta
	F. Caminar
	G. No lo sé
	H. Prefiero no responder

Transporte *(continuación)*

34. ¿Posterga o deja de ir al médico porque está muy lejos o no tiene transporte?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

35. ¿La falta de transporte le impidió acudir a citas médicas o reuniones, ir a trabajar o a conseguir cosas necesarias para su vida diaria?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

Bienestar/Salud conductual

36. ¿Hace ejercicio de 2 a 3 horas por semana? (Como caminar rápidamente durante 30 minutos al día, 5 días a la semana)?									
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder						

37. ¿Cuánto interfiere el dolor en su capacidad de realizar sus tareas diarias?									
1 (Nada en absoluto)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Todo el tiempo)
					No lo sé			Prefiero no responder	

38. ¿Cuánto interfiere el cansancio en su capacidad de realizar sus tareas diarias?									
1 (Nada en absoluto)	2	3	4	5	6	7	8	9	10 (Todo el tiempo)
					No lo sé			Prefiero no responder	

39. El último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo(a)?			
Ninguna	Menos de 5 días	Más de 15 días	Casi todos los días
		No lo sé	Prefiero no responder

Bienestar/Salud conductual(continuación)

40. En las últimas dos semanas (14 días), ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o placer en hacer cosas?			
Nada en absoluto	Menos de 5 días	Más de 7 días	Casi todos los días
		No lo sé	Prefiero no responder

41. En las últimas dos semanas (14 días), ¿con qué frecuencia se sintió decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?			
Nada en absoluto	Menos de 5 días	Más de 7 días	Casi todos los días
		No lo sé	Prefiero no responder

42. ¿Necesita ayuda para comunicarse con los servicios de salud mental o de salud conductual?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

43. ¿Ha cambiado de alguna manera su forma de pensar, recordar o tomar decisiones?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

44. ¿Alguien le hace daño o usted tiene miedo de que esto ocurra?			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

45. ¿Está recibiendo actualmente atención médica especializada debido a una enfermedad grave (atención de pacientes terminales o servicios de cuidados paliativos)?			
<i>La atención de pacientes terminales proporciona cuidados integrales centrados en el confort y se enfoca en la calidad de vida de los miembros con enfermedades graves que se encuentran en la etapa final de la vida. Los cuidados paliativos se enfocan en mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades graves y en controlar sus síntomas).</i>			
Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder

Bienestar/Salud conductual(continuación)

46. ¿Usa usted productos de tabaco (fuma, vapea, mastica, etc.) en la actualidad? Si la respuesta es "sí", pase a la pregunta 46a. Si su respuesta es "no", pase a la pregunta 47.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

46a. Sí, uso los siguientes productos de tabaco. (Marque todas las opciones que correspondan):

Cigarrillos	Puro	Cigarrillos de vapeo	Tabaco de mascar	Otro
-------------	------	----------------------	------------------	------

47. ¿Con qué frecuencia bebe usted bebidas con alcohol?

A. Nunca
B. Una vez al mes o menos
C. De 2 a 4 veces al mes
D. De 2 a 3 veces a la semana
E. 4 veces o más a la semana
F. No lo sé
G. Prefiero no responder

48. El año pasado, ¿consumió alguna droga recreativa o utilizó un medicamento recetado con fines no médicos? Si la respuesta es "sí", por favor conteste la pregunta 49. Si su respuesta es "no", pase a la pregunta 50.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

49. ¿Alguna vez alguien ha expresado preocupación por su consumo de alcohol, tabaco y/o drogas?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

50. ¿Necesita ayuda para comunicarse con servicios relacionados con el consumo de alcohol o drogas?

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

Servicios/Recursos de la comunidad, condado o estado

51. ¿Está actualmente inscrito o recibe algún servicio o recurso a través de la comunidad, el condado o el estado?
Si la respuesta es "sí", conteste la pregunta 51a.

Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
----	----	----------	-----------------------

51a. Si la respuesta es "sí", marque todas las opciones que correspondan de la lista que se incluye a continuación:

☐	A. Servicios para personas con discapacidad: Golden Gate Regional Services, Center for Deafness, etc.
☐	B. Asistencia para el pago de energía o servicios públicos: Programa C.A.R.E. de PG&E
☐	C. Ayuda financiera
☐	D. Programas de ayuda alimentaria: Meals on Wheels, bancos de alimentos, CalFresh
☐	E. Servicios para personas sin hogar: Albergues
☐	F. Asistencia para la vivienda: ayuda para el depósito y el alquiler, modificaciones al hogar, vale de la Sección 8
☐	G. Capacitación laboral, colocación y desarrollo profesional
☐	H. Servicios legales: Legal Aid Society
☐	I. Servicios para adultos mayores: servicios de cuidado personal o de apoyo en el hogar (IHSS)
☐	J. Centros para adultos mayores y comedores para adultos mayores: Servicios para adultos basados en la comunidad (CBAS) o centros de atención diurna para adultos
☐	K. Programas de socialización: Wider Circle
☐	L. Servicios de transporte: Redi-Wheels
☐	M. Otro:

Si necesita ayuda para contestar esta encuesta, por favor comuníquese con el **Departamento de evaluación de miembros llamando al 650-616-5035 o al 1-888-783-3035**. Si necesita ponerse en contacto con su administrador de atención asignado, comuníquese con el **Departamento de Administración de Atención Integrada llamando al 650-616-2060**. Abierto de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. TTY: 1-800-855-3000 o marque 7-1-1.

Gracias por participar y colaborar con CareAdvantage de Health Plan of San Mateo para dar apoyo a su recorrido hacia la salud y el bienestar.