



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

### INTRODUCCIÓN

Gracias por participar en la Evaluación de Riesgos a la Salud (HRA) de HPSM. La evaluación toma unos 20 minutos. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a conocer su estado de salud y sus necesidades de atención. Entonces podremos asegurarnos de que reciba los servicios y suministros de atención médica que necesita. Después de que responda la HRA, HPSM creará un plan de atención solo para usted. Puede participar en la reunión en la que comenzaremos a crear este plan. Esto asegurará que su plan tenga todo lo que usted necesita. Puede incluir sus medicamentos, visitas al médico, dieta, ejercicio y más. Puede revisar el plan de atención con su médico de atención primaria y también comunicarse con HPSM si necesita algo. Su HRA y su plan de atención son completamente confidenciales. Si tiene preguntas, llame al **650-616-5035** o al **1-888-783-3035** (sin costo). Atendemos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

Llene completamente los círculos como se muestra en este ejemplo:

Correcto	Incorrecto
	

La encuesta comienza en la página 2 

Fecha de hoy **Información personal****1. Sírvase proporcionar su información de contacto.**

Nombre del miembro <input type="text"/>	Fecha de nacimiento <input type="text"/>
Número de teléfono del hogar <input type="text"/>	Número de identificación del miembro de HPSM <input type="text"/>
Número de teléfono celular <input type="text"/>	Número de teléfono alternativo <input type="text"/>
Dirección de email: <input type="text"/>	

**2. ¿Quién respondió este cuestionario?**

<input type="radio"/> Yo mismo(a) (miembro)	<input type="radio"/> Representante	<input type="radio"/> Familiar/pariente	<input type="radio"/> Cuidador
<input type="radio"/> Amigo(a)	<input type="radio"/> Otra persona <input type="text"/>		

**3. ¿Cómo se respondió el cuestionario?**

<input type="radio"/> Lo envió por correo el miembro/cuidador/representante	<input type="radio"/> Se respondió por teléfono	<input type="radio"/> Se respondió en persona
---	---	---

## Atención médica

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

Sí
  No
  No lo sé
  Prefiero no responder

### 5. ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud?

Sí
  No
  No lo sé
  Prefiero no responder

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

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

### 7. ¿Qué proveedor/médico/clínica visita más?

Nombre del proveedor/  
médico/clínica

No lo sé
  Prefiero no responder

### 8. ¿El proveedor que menciona arriba es un PCP, un especialista o una clínica?

PCP
  Especialista
  Clínica  
 No lo sé
  Prefiero no responder

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

Sí
  No
  No lo sé
  Prefiero no responder

### Atención médica *Continuación*

10. ¿En la actualidad NECESITA AYUDA para conseguir alguno de los siguientes servicios o suministros?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
<b>Atención dental/bucal</b> (dientes postizos, caries, limpiezas, dolor, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Atención de un especialista</b> (corazón, pulmones, dolor, salud mental, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Vista</b> (anteojos, lentes de contacto, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Audición</b> (aparatos auditivos)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Medicamentos</b> (recetados por su proveedor)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Atención de la salud sexual</b> (ginecología/obstetricia, planificación familiar, urología, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Materiales para la incontinencia</b> (pañales para adultos) y/o tratamiento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Equipos y/o suministros médicos</b> (bastón; andador; silla de ruedas; suministros para la diabetes, la presión arterial o el cuidado de heridas; oxígeno, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Servicios de interpretación</b>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

### 11. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

**Atención médica** *Continuación***12. ¿Sabe qué hacer en caso de una emergencia (incendio, terremoto, evento de salud pública, etc.)?** Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder**13. ¿Tiene un plan para su atención médica si no puede tomar decisiones?** Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder**13a. ¿Tiene a alguien que tome decisiones en su nombre, como un representante, o puede usted tomar sus propias decisiones?** Puedo tomar mis propias decisiones  Tengo a alguien que me ayuda a tomar decisiones  No lo sé  Prefiero no responder**13b. Si tiene un representante o alguien que actúe en su nombre, indique su nombre y el mejor número para contactarlo.**Nombre Número de teléfono  Relación o parentesco con el miembro

## Situación de vivienda

### 14. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Tengo un lugar estable donde vivir. *(Marque una opción que corresponda)*

Automóvil o casa rodante

Hospital, institución de tratamiento o de atención a largo plazo/residencia para personas mayores

Hotel o motel

Casa, apartamento o casa-remolque

Pensión de huéspedes o habitación individual/compartida en un establecimiento de tipo asistencial

Tengo un lugar estable donde vivir en la actualidad pero me preocupa perderlo en el futuro.

No tengo un lugar estable donde vivir (quedarme con otras personas, en un hotel, en un refugio; vivo en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque)

No lo sé

Prefiero no responder

### 15. Piense en el lugar donde usted vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?

*(Marque todas las opciones que correspondan)*

Plagas, como insectos, hormigas o ratones.

Pintura o tuberías con plomo

El horno o la estufa de cocinar no funciona

Fugas de agua

Moho

No hay calefacción

No hay detectores de humo, o no funcionan

Ninguno de estos

No lo sé

Prefiero no responder

**Situación de vivienda** *Continuación*

16. ¿El sitio donde vive cuenta con lo siguiente?	Sí	No	No aplica al lugar donde vivo	No lo sé	Prefiero no responder
Barandillas en escaleras o rampas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Espacio para andar en silla de ruedas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escaleras para entrar a su hogar o adentro de su hogar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ascensor	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Una puerta al exterior con llave	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminos despejados para salir de la casa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buena iluminación	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buena calefacción	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Buena refrigeración	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Agua caliente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Inodoro dentro de la vivienda	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**17. ¿Alguien le hace daño o usted tiene miedo de que esto ocurra?**

Sí
  No
  No lo sé
  Prefiero no responder

## Función corporal

18. ¿En este momento tiene alguno de los siguientes problemas?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
<b>Vista:</b> ¿Choca con las cosas al andar por su casa?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Audición:</b> ¿Alguien la he dicho alguna vez que debería hacerse un examen de audición (oídos)?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<b>Salud bucal:</b> ¿Tiene algún problema con los dientes o la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



**Función corporal** *Continuación*

19. ¿Necesita ayuda para hacer alguna de estas cosas?	Sí	No	No lo sé	Prefiero no responder
Bañarse o ducharse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Subir o bajar escaleras	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Preparar la comida o cocinar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ir de compras y obtener alimentos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Comer	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vestirse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cepillarse el pelo, lavarse los dientes, afeitarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Levantarse de la cama o de una silla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar el inodoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Caminar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lavar los platos o la ropa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer cheques o llevar el control del dinero	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Conseguir quién lo/la lleve al médico o a ver a sus amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hacer las tareas del hogar o de jardinería	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Salir para visitar a familiares o amigos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Usar el teléfono	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Llevar el control de las citas médicas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Función corporal** *Continuación*

**20. Si respondió que sí en alguna de las actividades de la pregunta anterior, ¿recibe toda la ayuda que necesita para realizar estas actividades?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**21. ¿Cuenta con familiares u otras personas dispuestas a ayudarle y capaces de hacerlo cuando lo necesita?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**22. ¿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

**23. ¿Tiene miedo de caerse?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**24. ¿Tuvo alguna caída en el último mes?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**Servicios públicos/finanzas****25. ¿Alguien utiliza su dinero sin su consentimiento?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**26. ¿Se queda sin dinero a veces para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**27. 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

**28. 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

**29. ¿Cuál es su principal medio de transporte?**

<input type="radio"/> Automóvil	<input type="radio"/> Autobús/transporte público	<input type="radio"/> Taxi/servicio de vehículo compartido	<input type="radio"/> Bicicleta
<input type="radio"/> Caminar		<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder

**30. ¿Posterga o deja de ir al médico porque está muy lejos o no tiene transporte?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

**31. ¿La falta de transporte le impidió acudir a citas médicas o reuniones, ir a trabajar o a conseguir cosas necesarias para su vida diaria?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No aplica en mi caso	
		<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder

## Bienestar

**32. ¿Hace de 2 a 3 horas de ejercicio todas las semanas (caminar con bríos 30 minutos al día, 5 días a la semana)?**

Sí
  No
  No lo sé
  Prefiero no responder

**33. ¿Cuánto interfiere el DOLOR en su capacidad de realizar sus tareas diarias?**

1 (Para nada)
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10 (Todo el tiempo)

No lo sé
  Prefiero no responder

**34. ¿Cuánto interfiere el CANSANCIO en su capacidad de realizar sus tareas diarias?**

1 (Para nada)
  2
  3
  4
  5
  6
  7
  8
  9
  10 (Todo el tiempo)

No lo sé
  Prefiero no responder

**35. 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

**36. En las últimas dos semanas (14 días), ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o placer en hacer cosas?**

Ninguna
  Menos de 5 días
  Más de 7 días
  Casi todos los días

No lo sé
  Prefiero no responder

**37. En las últimas dos semanas (14 días), ¿con qué frecuencia se sintió decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas?**

Ninguna
  Menos de 5 días
  Más de 7 días
  Casi todos los días

No lo sé
  Prefiero no responder

**Bienestar** *Continuación*
**38. ¿Ha cambiado de alguna manera su forma de pensar, recordar o tomar decisiones?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

**39. ¿Usa usted productos de tabaco (fuma, vapea, mastica) en la actualidad?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	---

Si la respuesta es sí, uso los siguientes productos de tabaco: *(Marque todas las opciones que correspondan)*

Cigarrillos/cigarros    
  Cigarrillos de vapeo    
  Tabaco de mascar

**40. ¿Algún miembro de su hogar usa productos de tabaco (fuma, vapea, mastica) en la actualidad?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	-----------------------------	---

Si la respuesta es sí, alguien en mi casa usa los siguientes productos de tabaco: *(Marque todas las opciones que correspondan)*

Cigarrillos/cigarros    
  Cigarrillos de vapeo    
  Tabaco de mascar

**41. ¿Con qué frecuencia bebe usted bebidas con alcohol?**

<input type="radio"/> Nunca	<input type="radio"/> Una vez al mes o menos	<input type="radio"/> De 2 a 4 veces al mes	<input type="radio"/> De 2 a 3 veces a la semana
<input type="radio"/> 4 veces o más a la semana		<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder

**42. ¿Alguna vez alguien le hizo un comentario sobre su hábito de beber/fumar/consumir drogas?**

<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No	<input type="radio"/> No lo sé	<input type="radio"/> Prefiero no responder
--------------------------	--------------------------	--------------------------------	---

## Información sobre usted

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

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**44. ¿Tiene alguna necesidad inmediata de la que quisiera que hablemos?**

Sí  No  No lo sé  Prefiero no responder

**44a. Si responde que sí, escriba su información de contacto:**

Teléfono:

Gracias por tomar la encuesta.