

Health Risk Assessment Form

NOMBRE DEL AFILIADO: _____ ID DEL AFILIADO #: _____ FECHA: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____

¿USTED HA TENIDO O SIDO TRATADO DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

| | | | |
|--|---|--|---|
| Alzheimer's /Dementia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Presión Alta (Hipertensión) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Amputación | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Colesterol/ Triglicéridos Altos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Asma | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | VIH o SIDA | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Artritis o Dolor en las Articulaciones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Renal/o Diálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Defectos de Nacimiento o Condiciones como: (parálisis cerebral, enfermedades congénitas, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad del Hígado, Cirrosis o Hepatitis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Cancer | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Enfermedad Pulmonar como: (Enfisema, Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | LUPUS | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Depresión/Enfermedad Mental | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Esclérosis Múltiple o alguna parálisis | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Epilepsia/Convulsiones | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Trasplante de Órgano (hígado, riñón, etc.) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Problemas Cardíacos | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Siclemia o Anemia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Hemofilia | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | Accidente cerebrovascular | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |

POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

| | |
|--|---|
| ¿Están actualizadas sus vacunas (o las de su hijo/hija)? (Si es < 21 años) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted necesita ayuda con el transporte para sus citas médicas o exámenes médicos? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿En el último año, Usted se ha sentido triste o melancólico por más de 2 meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted cree que ha sido víctima de abuso físico, psicológico o sexual? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿En los últimos 3 meses, Usted ha tenido dificultad para cubrir sus gastos personales? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted ha visto un dentista en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿A usted le duelen los dientes o le sangran las encías? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted ha ganado o perdido más de 10 libras en los últimos 6 meses sin querer? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Está usted embarazada? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si respondió "SI", ¿Cuál es la fecha aproximada del parto? | |
| ¿Está usted recibiendo asistencia del programa WIC en la actualidad? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Está usted recibiendo asistencia del programa Healthy Start en la actualidad? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted ha comenzado el proceso de inscripción de su bebé en Medicaid? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted ha tenido un bebé en los últimos 12 meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿A usted le interesaría recibir información sobre Planificación Familiar? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿A usted le interesaría recibir información sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes? (Si es < 21 años) | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted necesita ayuda con lo siguiente: bañarse, vestirse, preparar comidas, caminar, etc.? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted socializa con otros? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted cree que su salud vaya a empeorar en los próximos 6 meses? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted cree que está más olvidadizo que de costumbre? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Usted ha estado en la sala de emergencia en los últimos 90 días? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Tiene usted algún equipo médico (como una silla de ruedas, máquina de aerosol, oxígeno, etc.) que le fue dado por su compañía de seguro anterior o Medicare/Medicaid? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si respondió "SI", ¿Cuál tiene usted? | |

CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA

| | |
|--|---|
| CONTINUACIÓN DE LA PRIMERA PÁGINA | |
| ¿Usted fuma? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si respondió "SI", ¿le gustaría recibir información sobre como dejar de fumar? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Considera que puede tener un problema de alcoholismo o drogadicción? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| Si respondió "SI", ¿Le gustaría recibir ayuda con este problema? | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO |
| ¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe (influenza)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En los últimos 18 meses <input type="checkbox"/> Más de 18 meses | |
| ¿Cuándo fue su último examen de la vista (con dilatación de pupila)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Hace menos de 12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses | |
| ¿Cuántos medicamentos usted toma a diario? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6 | |
| Si usted tiene dolor ahora, por favor díganos qué tan fuerte es en una escala del 1 al 10, donde 1 es muy poco dolor, 5 es un dolor moderado y 10; un dolor agudo o fuerte: <input type="checkbox"/> No tengo dolor <input type="checkbox"/> 1 al 3 <input type="checkbox"/> 4 al 6 <input type="checkbox"/> 7 al 10 | |
| ¿Con quién vive usted: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja <input type="checkbox"/> Familia/Amistades <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Assisted Living Facility/Nursing Home <input type="checkbox"/> Sin Hogar/Desamparado(a) <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

Por favor, firme y ponga la fecha en la línea de abajo. Envíenos este cuestionario en el sobre adjunto pre-pagado o llame al Servicio de Miembros gratuitamente al **1-800-514-4561(TTY 711)** si necesita ayuda para completar este cuestionario.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN POSTAL:

| | | | |
|-------|--------|--------|---------------|
| CALLE | CIUDAD | ESTADO | CÓDIGO POSTAL |
|-------|--------|--------|---------------|

TELÉFONO #: _____ NÚMERO DE CELULAR U OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

LENGUAJE PRIMARIO: INGLÉS ESPAÑOL OTRO (Especifique) _____

 NOMBRE/FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO EL CUESTIONARIO

 ¿RELACIÓN CON EL MIEMBRO? (e.g., Miembro, Esposo, etc.)