

## Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés)

### INTRODUCCIÓN

Gracias por participar en la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA) de HPSM. Realizar la evaluación toma unos 20 minutos. Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a conocer su estado de salud y sus necesidades de atención. Así podremos asegurarnos de que reciba los servicios y artículos de atención de la salud que necesite.

Después de que se someta a 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 (sin cargo) al **1-888-234-6403** o al **650-227-4670**. Estamos abiertos de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.

### I. SU INFORMACIÓN PERSONA

Fecha (mm/dd/yyyy) \_\_\_\_\_

#### 1: Sírvase proporcionar su información de contacto

Nombre del miembro	Nombre preferido
Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy) _____	Número de identificación del miembro de HPSM (que aparece en su tarjeta de identificación de HPSM)
Número telefónico	Dirección de email

#### 2: ¿Quién respondió este cuestionario?

Yo mismo(a) (miembro)	Mi representante legal
Un familiar/pariente	Un cuidador contratado
Un amigo	Otro _____

#### 3: ¿En qué idioma prefiere hablar y leer?

Marque la casilla del idioma en que prefiera hablar y la casilla del idioma en que prefiera leer.

Inglés	Leer	Hablar	Ruso	Leer	Hablar	Otro _____
Español	Leer	Hablar	Chino mandarín	Leer	Hablar	No sé
Tagalo	Leer	Hablar	Chino cantonés	Leer	Hablar	Prefiero no responder

OFFICE USE ONLY

PROCESSED BY:

RECEIVED:

SENT:

**Elija una respuesta por cada pregunta, a menos que la pregunta diga que elija más respuestas.**

## II. Su Atención Médica

Sus respuestas a estas preguntas nos ayudarán a entender cómo percibe su estado de salud y cómo interactúa con el sistema de atención de la salud.

**4a: ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al médico?**

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

**4b: ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud?**

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

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

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

**6: ¿Por qué es importante su salud para usted?**

¿Hay algo que quiere hacer y no puede debido a su salud actual?  
 ¿Qué aspecto de su salud le gustaría mejorar?  
 ¿Qué es lo que más le preocupa de su salud en este momento?

No sé

Prefiero no responder

**7a: ¿Qué proveedor/médico/clínica visita más?**

Nombre del proveedor/médico/clínica

No sé

Prefiero no responder

**7b: ¿El proveedor que menciona arriba es un PCP, un especialista o algún otro tipo de proveedor?**

PCP	Especialista	Clínica
Otro _____	No sé	Prefiero no responder

## II. Su Atención Médica *Continúa*

**8a: ¿Tiene programada alguna cita de atención médica o tratamiento en los próximos días?**

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

**8b: ¿Necesita que HPSM le ayude a coordinar sus citas o tratamientos?**

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

**8c: ¿Necesita ayuda para conseguir alguno de los siguientes servicios o artículos?**

	Sí	No	No sé	Prefiero no responder
<b>Atención dental/bucal</b> (dientes postizos, caries, limpiezas, dolor, etc.)				
<b>Atención de un especialista</b> (corazón, pulmón, dolor, salud mental, etc.)				
<b>Atención de la salud sexual</b> (ginecología, planificación familiar, urología, etc.)				
<b>Medicamentos</b> (recetados por su proveedor)				
<b>Materiales para la incontinencia</b> (pañales para adultos) <b>y/o tratamiento</b>				
<b>Materiales médicos</b> (para la diabetes, la presión arterial o el cuidado de heridas; oxígeno, etc.)				
<b>Otro</b>				

**8d: ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?**

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

**9: ¿Tiene usted un plan en caso de una situación de emergencia (incendio, terremoto, evento de salud pública, etc.)?**

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

## II. Su Atención Médica *Continúa*

**10a: ¿Tiene un plan para su atención médica si no puede tomar decisiones?**

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

**10b: ¿Tiene a alguien que tome decisiones en su nombre, como un representante legal (apoderado), o puede usted tomar sus propias decisiones?**

Puedo tomar mis propias decisiones	Tengo a alguien que me ayuda a tomar decisiones	No sé	Prefiero no responder
------------------------------------	---	-------	-----------------------

**10c: ¿Si tiene un representante legal, indique su nombre y número de contacto aquí abajo?**

Nombre _____	Número telefónico _____	Relación o parentesco con el miembro _____
-----------------	----------------------------	---

## III. Situación De Vivienda

Esta sección nos ayudará a conocer su situación de vivienda y cómo afecta esta su salud. También nos ayudará a saber si necesita equipo adicional o referencias a otros recursos.

**11a: ¿Cuál es su situación actual de vivienda/alojamiento (en los últimos 6 meses)?**

Una casa, apartamento o casa-remolque	Automóvil o casa rodante	Pensión de huéspedes o habitación individual/ compartida en un establecimiento de tipo asistencial
Hotel o motel	Hospital, institución de tratamiento o de atención a largo plazo / asilo de ancianos	No tengo vivienda (vivo en un refugio, la calle, la playa o un parque)
Otro _____	No sé	Prefiero no responder

**11b: Si vive en una institución, ¿quiere irse?**

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

### III. Situación De Vivienda *Continúa*

12: ¿Le preocupa su situación de vivienda?			
Sí	No	No sé	Prefiero no responder

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

14: ¿Puede vivir sin riesgos y andar con facilidad dentro de su hogar?			
Sí <i>Pase a la pregunta 16</i>	No <i>Pase a la pregunta 15</i>	No sé	Prefiero no responder

15: Si respondió que no a la pregunta 14, ¿el lugar donde vive tiene lo siguiente?	Sí	No	No sé	Prefiero no responder
Buena iluminación				
Buena calefacción				
Buena refrigeración				
Barandillas en escaleras o rampas				
Agua caliente				
Inodoro en el interior				
Una puerta al exterior con llave				
Escalera para entrar a su hogar o adentro de su hogar				
Ascensor				
Espacio para andar en silla de ruedas				
Caminos despejados para salir afuera				

### III. Situación De Vivienda *Continúa*

**16: ¿Consume comidas equilibradas a diario (variedad de verduras, proteínas, granos saludables)?**

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

**17: ¿Hace ejercicio 2 a 3 horas todas las semanas?**

(por ejemplo, caminar con bríos 30 minutos al día, 5 días a la semana)

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

**18a: ¿Cuál es su principal medio de transporte?**

Automóvil	Autobús/ transporte público	Taxi/servicio de vehículo compartido	Bicicleta
Caminar	Otro _____	No sé	Prefiero no responder

**18b: Si hay cinturón de seguridad, ¿con qué frecuencia lo usa?**

Siempre	La mayoría de las veces	A veces	Casi nunca
Nunca	No sé	Prefiero no responder	

**19: ¿En este momento tiene alguno de los siguientes problemas?**

	Sí	No	No sé	Prefiero no responder
<b>Vista:</b> ¿Se choca contra las cosas al andar por su casa?				
<b>¿Usa/necesita ayuda para obtener anteojos/lentes de contacto?</b>				
<b>Audición:</b> ¿Alguien la he dicho alguna vez que debería hacerse un examen de audición (oídos)?				
<b>¿Usa/necesita ayuda para obtener audífonos?</b>				
<b>¿Usa/necesita ayuda para obtener un bastón, andador o silla de ruedas?</b>				
<b>Si responde que sí, especifique cuál</b>	Bastón	Andador	Silla de ruedas	Otro _____
<b>Salud bucal</b> (atención dental, dientes postizos, problemas de los dientes o la boca)				
<b>¿Usa/necesita ayuda para obtener dientes postizos?</b>				

### III. Situación De Vivienda *Continúa*

20a: ¿Necesita ayuda para hacer alguna de estas cosas?	Sí	No	No sé	Prefiero no responder
Bañarse o ducharse				
Subir escaleras				
Preparar la comida o cocinar				
Ir de compras y obtener alimentos				
Comer				
Vestirse				
Cepillarse el pelo, lavarse los dientes, afeitarse				
Levantarse de la cama o de una silla				
Usar el inodoro				
Caminar				
Lavar los platos o la ropa				
Hacer cheques o llevar el control del dinero				
Conseguir quién lo/la lleve al médico o a ver a sus amigos				
Hacer tareas del hogar o de jardinería				
Salir para visitar a familiares o amigos				
Usar el teléfono				
Llevar el control de las citas médicas				

20b: Si respondió que sí a alguna de las actividades de la pregunta 20a, ¿recibe toda la ayuda que necesita para realizarlas?

Sí	No	No sé	Prefiero no responder

### III. Situación De Vivienda *Continúa*

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

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

**23a: ¿Tiene miedo de caerse?**

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

**23b: ¿Tuvo alguna caída en el último mes?**

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

**24a: ¿Alguien utiliza su dinero sin su consentimiento?**

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

**24b: ¿Se queda sin dinero a veces para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?**

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



## IV. BIENESTAR

Esta sección nos ayudará a entender cómo se siente física, mental y emocionalmente.

25: ¿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 sé					Prefiero no responder				

26: ¿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 sé					Prefiero no responder				

27: El último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo(a)?					
Ninguno (nunca me siento solo/a)	Menos de 5 días	Más de 15 días	La mayoría de los días (siempre me siento solo/a)	No sé	Prefiero no responder

28: En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia tuvo poco interés o placer en hacer cosas?					
Nada en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	No sé	Prefiero no responder

29: En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se sintió decaído, deprimido o sin esperanzas?					
Nada en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días	No sé	Prefiero no responder

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

**IV. BIENESTAR** *Continúa*

**31a: ¿Usa usted productos de tabaco** (fuma, vapea, mastica, etc.) en la actualidad? *Marque todas las opciones que correspondan.*

No uso productos de tabaco	Sí, uso los siguientes productos de tabaco: Cigarrillos/cigarros Cigarrillos de vapeo Tabaco de mascar Otro _____	No sé
		Prefiero no responder

**31b: ¿Usa algún miembro de su hogar productos de tabaco** (fuma, vapea, mastica, etc.) en la actualidad? *Marque todas las opciones que correspondan.*

Nadie en mi casa usa productos de tabaco	Sí, alguien en mi casa usa los siguientes productos de tabaco: Cigarrillos/cigarros Cigarrillos de vapeo Tabaco de mascar Otro _____	No sé
		Prefiero no responder

**32: El último año, ¿con qué frecuencia tomó algún tipo de bebida alcohólica?**

Nunca	Algunas veces al año	Mensualmente
Algunas veces al mes	Semanalmente	Varias veces a la semana
Diariamente	No sé	Prefiero no responder

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

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

## V. ACERCA DE USTED

Esta sección nos ayudará a entender mejor sus antecedentes personales.

34: ¿Cuál es su grupo racial y/o étnico? Marque todas las opciones que correspondan		
Blanco	Negro o afroamericano	Indígena norteamericano o nativo de Alaska
Hispano o latino <i>(especifique cuál abajo):</i> Mexicano, mexicano-norteamericano, chicano Salvadoreño Guatemalteco Cubano Puertorriqueño Otro _____	Asiático <i>(especifique cuál abajo):</i> Indoasiático Camboyano Chino Filipino Hmong Japonés Coreano Laosiano Vietnamita Otro _____	Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico <i>(especifique cuál abajo):</i> Nativo de Hawái Natural de Guam o Chamorro Samoano Otro _____
Otra raza/origen étnico _____	No sé	Prefiero no responder

35: ¿Con cuál género se identifica?			
Masculino	Femenino	Hombre transgénero/ hombre trans / mujer a varón	Mujer transgénero / mujer trans / varón a mujer
No exclusivamente masculino ni femenino; indefinido/ no conforme con ningún género	Categoría de género adicional: <i>especifique cuál:</i> _____	No sé	Prefiero no responder

36: ¿Es usted veterano de las Fuerzas Armadas?			
Sí	No	No sé	Prefiero no responder

## V. ACERCA DE USTED *Continúa*

37: Quiere compartir algún pensamiento final o tiene alguna necesidad inmediata de la que quisiera que continuemos hablando?

*¡Gracias!*

**Documentos adjuntos: Aviso de no discriminación y asistencia en el idioma**