



PO Box 15804, Tampa, FL 33684-9846
Material sobre salud y bienestar

Herramienta de evaluación de riesgos de la salud (HRAT)

Complete esta encuesta anual. Esta información nos ayudará a comprender sus necesidades de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con su(s) proveedor(es) de atención primaria. Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, llame al 1-866-245-5360. TTY: 711

Desestime esta solicitud si recientemente envió por correo una herramienta de evaluación de riesgos para la salud completada.

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Número de teléfono: _____

Identificación del miembro: _____

A. Calificación de salud física

1. Por lo general, ¿cómo califica su salud? (Marque una opción) Excelente Buena Regular Mala

2. ¿Cuál es su estatura? (Números enteros) _____ Pies _____ Pulgadas 3. ¿Cuál es su peso? (Números enteros) _____ libras

B. Historial y tratamiento de salud

4. Marque si tiene alguno de los siguientes: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)

<input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/demencia	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Hospicio
<input type="checkbox"/> Artritis o dolor en las articulaciones	<input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar (enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o bronquitis crónica)	<input type="checkbox"/> Problemas renales/diálisis
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Caídas frecuentes	<input type="checkbox"/> Pérdida de orina o heces
<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Ataque cardíaco o arterias obstruidas	<input type="checkbox"/> Trasplante de órganos
<input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (pie, tobillo, hinchazón de piernas)	<input type="checkbox"/> Presión arterial alta	<input type="checkbox"/> Úlcera cutánea/herida que no sana
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Colesterol o triglicéridos altos	<input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular
<input type="checkbox"/> Depresión u otros problemas de salud mental	<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Otro: _____

5. ¿Cuándo vio por última vez a su médico de atención primaria? (Marque una opción)

Hace menos de 6 meses Hace más de 6 meses 12 meses atrás o más

Si no ha visto a su médico de atención primaria en los últimos 6 meses, llame al consultorio para programar una cita.

6. ¿Actualmente utiliza algún dispositivo de asistencia y/o equipo médico (como una silla de ruedas, un andador, un bastón, un asiento elevado para inodoro, oxígeno o una cama eléctrica)? Sí No

7. ¿Recibe atención de enfermería, terapia o atención médica a domicilio en su casa? Sí No

8. ¿Tiene ceguera o problemas para ver, incluso al usar anteojos? Sí No

9. ¿Tiene sordera o problemas de audición, incluso al usar audífonos? Sí No

10. Have you received: (check all that apply)

La vacuna contra la gripe durante el último año La vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años No está seguro(a)

11. **A.** Si actualmente le molesta el dolor, cuéntenos qué tan grave es el dolor, con 1 como muy poco dolor, 5 como dolor moderado y 10 como dolor intenso: No tengo dolor Del 1 al 3 Del 4 al 6 Del 7 al 10

B. Si siente dolor constante, ¿está consultando a un médico especialista en el control del dolor? Sí No

12. ¿Ha visto a un dentista en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si no ha visto a su dentista, llame a su proveedor dental para programar una cita.	
13. ¿Se ha realizado un control de cáncer de colon en los últimos 10 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
14. ¿Se ha realizado un examen oftalmológico (con dilatación) en el último año?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
15. Si le preocupa su salud, ¿sabe qué medidas puede tomar para mejorarla? (Marque una opción)	<input type="checkbox"/> No me preocupa mi salud. <input type="checkbox"/> Me preocupa y sé los pasos que puedo tomar. <input type="checkbox"/> Me preocupa y mi médico está trabajando conmigo. <input type="checkbox"/> Me preocupa y me gustaría obtener información sobre las medidas para mejorar mi salud.
16. ¿Hay algo que le impida tomar medidas para mejorar su salud? (Marque una opción)	<input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí, y me gustaría que me llamen para hablar. <input type="checkbox"/> Sí, y estoy trabajando en ello.
C. Actividades de la vida diaria	
17. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes tareas? (Marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Bañarse o vestirse <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Alimentarse <input type="checkbox"/> Utilizar el baño <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Levantarse de la silla o la cama <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos de acuerdo con las indicaciones <input type="checkbox"/> Recordar y tomar decisiones
18. ¿Tiene alguien en su vida que pueda ayudarle con las tareas de la pregunta 17 si necesita ayuda?	<input type="checkbox"/> No, no necesito ayuda <input type="checkbox"/> Sí, tengo la ayuda que necesito <input type="checkbox"/> No, necesito ayuda y no la tengo
D. Estilo de vida y bienestar	
19. ¿Consumes tabaco? (Fumar, masticar, inhalar, vapear o de cualquier otra forma)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quiero dejar de fumar
20. ¿El alcohol afecta su vida personal o laboral?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No bebo <input type="checkbox"/> Quiero dejar de beber
21. ¿Considera que realiza suficiente actividad/ejercicio físico?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quiero mejorar
22. ¿Cree que su dieta mantiene un estilo de vida saludable?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quiero mejorar
23. ¿Los problemas de salud personales o familiares dan como resultado la pérdida del trabajo/las actividades diarias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a)
24. ¿Cuál es su lugar de residencia hoy? (Marque una opción)	<input type="checkbox"/> Tengo un lugar estable para vivir. <input type="checkbox"/> Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro. <input type="checkbox"/> No tengo un lugar estable para vivir. (Me alojo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en un autobús o en una estación de tren, o en un parque)
25. ¿Se siente a salvo en el lugar donde vive? (Marque una opción)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
26. Dentro de los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más? (Marque una opción)	<input type="checkbox"/> A menudo esto es verdadero <input type="checkbox"/> A veces esto es verdadero <input type="checkbox"/> Nunca es verdadero
27. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable ha evitado que vaya a citas médicas, reuniones, al trabajo o a conseguir cosas necesarias para la vida diaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
28. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido alguno de los siguientes sentimientos?	A. Sentir desánimo, depresión o desesperanza <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días B. Poco interés o placer en hacer cosas <input type="checkbox"/> En absoluto <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
29. ¿Experimenta alguno de los siguientes efectos comunes o sentimientos de estrés? (Marque todas las que correspondan):	<input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Consumo de drogas/alcohol <input type="checkbox"/> Irritabilidad/enojo <input type="checkbox"/> Tristeza/depresión <input type="checkbox"/> Abstinencia social <input type="checkbox"/> Dolor de pecho <input type="checkbox"/> Dolor de cabeza <input type="checkbox"/> Tensión muscular/dolor <input type="checkbox"/> Problemas para dormir <input type="checkbox"/> Malestar estomacal Si tiene alguno de los síntomas anteriores o si siente depresión, programe una cita con su PCP.
30. ¿Le gustaría recibir información sobre cómo puede obtener ayuda para estos sentimientos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
31. ¿Le gustaría obtener información sobre las directivas anticipadas de cuidado médico, como el testamento en vida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
E. Datos demográficos	
32. ¿Se identifica con un grupo cultural o espiritual determinado?	<input type="checkbox"/> Sí, _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No deseo responder
33. ¿Cuál es su idioma de preferencia?	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Francés criollo <input type="checkbox"/> Otro: _____
34. ¿Cuál es su origen étnico?	<input type="checkbox"/> Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder
35. ¿A qué raza pertenece?	<input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Indio americano <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Caucásico <input type="checkbox"/> Isleño del Pacífico/Nativo de Hawái <input type="checkbox"/> Otra: _____ <input type="checkbox"/> No deseo responder