



P.O. Box 15804, Tampa, FL 33684-9846

Material sobre salud y bienestar

Planilla de Evaluación de la Salud (HAT)

Complete esta encuesta. Esta información nos ayudará a entender sus necesidades en materia de salud. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de ninguna manera. 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.

Ignore esta solicitud si completó y envió por correo una Planilla de evaluación de la salud (HAT, del inglés Health Assessment Tool) recientemente.

Fecha: _____

Nombre: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Género: _____

Número telefónico: _____

Identificación de miembro: _____

¿Recibió tratamiento en un hospital de Asuntos de Veteranos en los últimos 12 meses? Esta información nos ayuda a garantizar la continuidad de la atención entre los médicos que ha visto. Sí No

A. Calificación de la salud física

1. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud? (Marque una opción) Excelente Bueno Regular Malo

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

3. ¿Cuál es su peso? (Números enteros) _____ lb.

B. Actividades cotidianas

4. ¿Cuánta ayuda necesita con las siguientes actividades? (Marque una casilla por cada actividad)

Actividad	No necesito ayuda	Necesito un poco de ayuda	Necesito ayuda completa
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Levantarse de la cama o de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tomar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Si necesita ayuda, ¿tiene a alguien cerca o a un cuidador que pueda brindarle asistencia? Sí No Cuidados paliativos N/A

C. Antecedentes de salud y tratamiento

6. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido internado en el hospital o ingresó a la sala de urgencias?

(Marque una opción) 0 1 vez 2 veces 3 veces Más de 3 veces

7. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a su médico de atención primaria?

(Marque una opción) Hace menos de 6 meses Hace más de 6 meses Hace 12 meses o más

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

8. ¿Utiliza actualmente algún equipo médico como un tubo de oxígeno, una cama eléctrica o una silla de ruedas en su hogar? Sí No

9. ¿Recibe servicios de enfermería, tratamiento o atención médica a domicilio en su hogar? Sí No

10. ¿Padece ceguera o tiene dificultades para ver incluso cuando usa anteojos? Sí No

11. ¿Padece sordera o tiene dificultades para escuchar incluso cuando utiliza un dispositivo para la audición? Sí No

12. ¿Recibe la vacuna contra la influenza anualmente? Sí No No está seguro

13. ¿Ha recibido una vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años? Sí No No está seguro

14. ¿Se ha realizado una prueba de Papanicolaou en los últimos 2 años? Sí No No estoy segura N/A
15. ¿Se ha sometido a una mamografía en los últimos 2 años? Sí No No estoy segura N/A
16. Durante el último mes, ¿cuántas veces solía levantarse a orinar desde que se acuesta hasta que se levanta en la mañana?
 Ninguna 1 vez 2 veces 3 veces Más de 4 veces
17. ¿Se ha sometido a un control de cáncer de colon en los últimos 10 años? Sí No No estoy seguro
18. Marque la casilla si padece alguna de las siguientes afecciones: (MARQUE TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN)
- | | | | |
|--------------------------|---------------------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | Asma | <input type="checkbox"/> | VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> | Cáncer | <input type="checkbox"/> | Enfermedades renales |
| <input type="checkbox"/> | Insuficiencia cardíaca congestiva | <input type="checkbox"/> | Depresión u otros problemas de salud mental |
| <input type="checkbox"/> | EPOC, enfisema o bronquitis crónica | <input type="checkbox"/> | Trasplante de órgano |
| <input type="checkbox"/> | Caídas frecuentes | <input type="checkbox"/> | Diabetes |
| <input type="checkbox"/> | Ataque cardíaco o arterias obstruidas | <input type="checkbox"/> | Úlcera cutánea/herida sin cicatrizar |
| <input type="checkbox"/> | Presión arterial alta | <input type="checkbox"/> | Otro _____ |
19. Si está preocupado por su estado de salud, ¿sabe qué pasos puede seguir para mejorarlo? (Marque una opción)
 No me preocupa mi salud. Me preocupa y conozco los pasos que puedo seguir.
 Me preocupa y mi médico me está ayudando. Me preocupa y me gustaría obtener información sobre los pasos para mejorar mi salud.
20. ¿Hay algo que le impida adoptar medidas para mejorar su estado de salud? (Marque una opción)
 No Sí, y me gustaría que me llamen para analizarlo. Sí, y estoy trabajando en eso.

D. Estilo de vida y bienestar

21. ¿Consumes tabaco (cigarrillo, de mascar, rapé, vaporizador o de cualquier otra forma)? Sí No Deseo dejarlo
22. ¿Beber alcohol interfiere en su vida personal o laboral? Sí No N/A, no bebo
23. ¿Considera que hace suficiente actividad física/ejercicio? Sí No Deseo mejorar
24. ¿Considera que su dieta respalda un estilo de vida saludable? Sí No Deseo mejorar
25. ¿Tiene problemas de salud familiares que le impiden realizar actividades cotidianas/laborales? Sí No No estoy seguro
26. ¿Dónde vive actualmente? (Marque una opción) Casa particular Centro de residencia asistida Hogar de ancianos
27. ¿Se siente seguro en su hogar? (Marque una opción) Sí No
28. ¿Siempre usa el cinturón de seguridad cuando está en un auto? (Marque una opción) Sí No
29. En las últimas 2 semanas, ¿cuántas veces ha sentido alguno de los siguientes estados de ánimo?
A. Decaimiento, depresión o desesperanza En ningún momento En varias oportunidades Durante más de la mitad de los días
 Casi todos los días
B. Poco interés o satisfacción cuando realiza actividades En ningún momento En varias oportunidades Durante más de la mitad de los días
 Casi todos los días
30. ¿Experimenta alguno de los siguientes efectos o sentimientos a causa del estrés? (Marque todas las opciones que correspondan):
 Ansiedad Abuso de drogas/alcohol Irritabilidad/ira Tristeza/depresión Retraimiento social
 Dolor torácico Dolor de cabeza Tensión/dolor muscular Problemas para dormir Malestar estomacal
- Si tiene cualquiera de los síntomas anteriores o se siente deprimido, programe una cita con su médico de atención primaria (Primary Care Physician, PCP).**

31. ¿Le gustaría que lo llamen para hablar sobre cómo puede obtener ayuda para controlar estos sentimientos? Sí No
32. ¿Le gustaría recibir información sobre instrucciones anticipadas de atención médica, como un testamento vital? Sí No

E. Datos demográficos

33. ¿Se identifica con un grupo cultural o espiritual en particular? Sí, _____ No No deseo responder
34. ¿Cuál es su idioma preferido? Inglés Español Criollo francés Otro: _____
35. ¿Cuál es su origen étnico? Hispano No hispano Otro: _____ Prefiero no responder
36. ¿A qué raza pertenece? Afroamericano Nativo de Alaska Indígena estadounidense Asiático Caucásico
 Isleño del Pacífico o Nativo de Hawái Otro: _____ Prefiero no responder