



### EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD

<b>Nombre del miembro:</b>	<b>Inicial del segundo nombre (M.I.):</b>	<b>Apellido del miembro:</b>	<b>Fecha de nacimiento:</b>
			<b>Fecha de inscripción:</b>
<b>Dirección:</b>		<b>Identificación del miembro:</b>	
<b>Teléfono:</b>		<b>Número de plan:</b>	

Estimado miembro:

Una evaluación de riesgos para la salud es una encuesta breve que ayuda a Astiva a saber más sobre su estado de salud. La información que proporcione se utilizará para desarrollar un Plan de Atención Individualizado (ICP). Sus respuestas no afectarán sus beneficios y solo se compartirán con su proveedor de atención primaria. Agradecemos que se tome el tiempo para responder estas preguntas honestamente, para que podamos abordar mejor sus necesidades. Envíenos este formulario utilizando el sobre adjunto. Valoramos su confianza y tomamos todas las medidas para proteger su privacidad.

Derechos de la persona	
1. ¿Está de acuerdo en participar en la realización de esta encuesta de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Rechazar	
a. ¿Acepta que un administrador de casos de Astiva se comunique con usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Rechazar <input type="checkbox"/> LLAMAR	
Encuesta de salud general	
2. ¿Ha visitado a su médico de atención primaria (PCP) en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. En comparación con otras personas de su edad, ¿cómo describiría su salud? <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala	4. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha sido ingresado en el hospital o en la sala de emergencias? <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> ≥3
5. ¿Utiliza alguno de los siguientes equipos o dispositivos médicos? (Marque todas las opciones que correspondan). <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Bastón <input type="checkbox"/> Caminador <input type="checkbox"/> Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Escúter eléctrico <input type="checkbox"/> Oxígeno <input type="checkbox"/> Máquina de presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)/de presión positiva binivel en las vías respiratorias (BiPAP) <input type="checkbox"/> Cama de hospital	

6. ¿Cuál de las siguientes afecciones de salud tiene actualmente? (Marque todas las opciones que correspondan).
- |  |  |  |
|--|--|--|
| a. <input type="checkbox"/> Diabetes o niveles altos de azúcar en la sangre  | f. <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca                       | l. <input type="checkbox"/> Afección de la salud conductual  |
| b. <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD), asma u otras afecciones respiratorias o pulmonares | g. <input type="checkbox"/> Otra enfermedad cardíaca                     | m. <input type="checkbox"/> Enfermedad de Alzheimer/demencia |
| c. <input type="checkbox"/> Enfermedad o insuficiencia renal   | h. <input type="checkbox"/> Cáncer activo                                | n. <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson          |
| d. <input type="checkbox"/> Hipertensión   | i. <input type="checkbox"/> Antecedentes de accidentes cerebrovasculares | o. <input type="checkbox"/> Otra _____                       |
| e. <input type="checkbox"/> Desnutrición/pérdida de peso no intencionada   | j. <input type="checkbox"/> Obesidad grave                               | p. <input type="checkbox"/> Ninguna                          |
|  | k. <input type="checkbox"/> Colesterol alto                              |  |

7. ¿Ha tenido una planificación anticipada de la atención médica? (Conversación sobre sus deseos en cuanto a la atención médica si no pudiera tomar sus propias decisiones médicas).  Sí  No  No estoy seguro

8. ¿Suele tener dolor grave, es decir, con una intensidad de  $\geq 8$  de 10?  Sí  No

- a. Si la respuesta es afirmativa, ¿cómo controla su dolor? (Marque todas las opciones que correspondan).
- Medicamentos con receta  Medicamentos de venta libre  Ejercicio  Fisioterapia  Terapia alternativa
- Descanso  Ningún tratamiento  Otra \_\_\_\_\_

9. ¿Hay algo que le impida tomar los medicamentos según lo recetado? (Marque el motivo principal).

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cronograma de medicamentos complicado. | <input type="checkbox"/> Retiro de los medicamentos.       | <input type="checkbox"/> Olvido en la toma de los medicamentos. |
| <input type="checkbox"/> Costo.                                 | <input type="checkbox"/> No creo en los medicamentos.      | <input type="checkbox"/> Nada, los tomo como me los recetaron.  |
| <input type="checkbox"/> Efectos secundarios.                   | <input type="checkbox"/> No estoy seguro de cómo tomarlos. | <input type="checkbox"/> No tomo ningún medicamento.            |
| <input type="checkbox"/> Problemas de la vista.                 | <input type="checkbox"/> Dificultad para surtir recetas.   | <input type="checkbox"/> Otro. _____                            |

### Salud emocional y mental

10. Durante el último mes, ¿con qué frecuencia le ha molestado lo siguiente?	En absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
a. Tener poco interés o placer en hacer actividades	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Sentirse deprimido, decaído o sin esperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

