

## Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)

**ATENCIÓN: SI USTED HA COMPLETADO Y NOS HA ENVIADO ESTE FORMULARIO, NO NECESITA COMPLETARLO DE NUEVO.**

Al responder las siguientes preguntas, nos ayudará a encontrar maneras de ayudarlo a continuar sintiéndose mejor y a mejorar su salud. Responda todas las preguntas que pueda y devuelva este formulario en el sobre adjunto con franqueo pagado. **¡Usted puede ganar \$25 en recompensas cuando envíe su HRA completada por correo!**

**MBI N.º**  **N.º de identificación de miembro**  **Plan**  **Fecha de entrada en vigencia**

**Primer nombre del miembro**  **Apellido del miembro**  **Fecha de nacimiento**  **Sexo**  M  F  Otros

**Dirección**  **Ciudad**  **Estado**  **Código postal**

**Número de teléfono de la casa**  **Número de teléfono celular**  **Dirección de correo electrónico**

¿Cuál es su método de comunicación preferido?  Teléfono celular  Teléfono de la casa

¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos electrónicos en casa?

Tableta o teléfono inteligente  Computadora portátil o computadora de escritorio

¿Tiene acceso a internet en su casa?  Sí  No

¿Está dispuesto a tener una visita virtual/de telemedicina con su proveedor?  Sí  No

**Médico de atención primaria:**

¿Cuál es su idioma preferido hablado para recibir atención médica?

Inglés  Chino  Vietnamita  Prefiere no responder  
 Español  Coreano  Otro, especifique: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma preferido escrito para recibir atención de salud?

Inglés  Chino (incluidos cantonés, mandarín, hokkien, otras variedades)  Coreano  Otro, especifique:  
 Español  Vietnamita  Prefiere no responder

## Sección A: Atención médica

**A1:** En general, ¿cómo calificaría su estado de salud?

Excelente  Muy bueno  Bueno  Regular  Malo

**A2:** En los últimos 12 meses, ¿pasó la noche internado como paciente en un hospital o centro de atención médica (centro de convalecencia)?

No  De 1 a 2 veces  De 3 a 5 veces  Más de 6 veces

**A3:** ¿Tiene dolor crónico?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿dónde?: \_\_\_\_\_

**A4:** En una escala del 0 (sin dolor) al 10 (dolor intenso, discapacitante), ¿cómo calificaría el dolor que sintió durante los últimos 30 días?

Respuesta (del 0 al 10): \_\_\_\_\_

**A5:** ¿Con qué frecuencia ejercita por semana?

5 o más días  De 3 a 4 días  De 1 a 2 días  Casi nunca  Nunca

**A6:** ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_ **A7:** ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_ lb

**A8:** ¿Ha recibido alguna de las siguientes? Marque todas las opciones que correspondan:

Vacuna contra la gripe  Vacuna contra la neumonía

Colonoscopia  Vacuna contra el COVID

**A9:** ¿El médico le dijo que tiene alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan:

Insuficiencia cardíaca  Colesterol alto  Presión arterial alta

Enfermedad cardiovascular  Coágulos sanguíneos  Cirrosis hepática

Ansiedad  Frecuencia cardíaca irregular  Incontinencia urinaria

Artritis  Osteoporosis  Diálisis renal

Cáncer  Enfermedad vascular periférica  Ninguna de las anteriores

Demencia  Diabetes/alto nivel de azúcar en sangre

Otra: \_\_\_\_\_

**A10:** ¿Tiene alguna alergia?  Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿cuál?: \_\_\_\_\_

**A11:** ¿Con qué frecuencia se olvida de tomar sus medicamentos?

Casi todos los días  Entre 2 y 4 veces por semana  1 vez por semana  Casi nunca o nunca

## Sección B: Salud conductual

Para **B1** y **B2**, ¿con qué frecuencia sintió molestias por alguno de los siguientes problemas durante los últimos 30 días?

**B1:** Poco interés o placer en hacer las cosas que solía hacer:

No, en absoluto  Más de la mitad de los días  Varios días  Casi todos los días

**B2:** Sentirse decaído, deprimido o desesperanzado:

No, en absoluto  Más de la mitad de los días  Varios días  Casi todos los días

**B3:** ¿Usted, sus familiares o amigos están preocupados por su memoria?  Sí  No

**B4:** ¿Qué tan a menudo se siente aislado de los demás?

Casi nunca  Algunas veces  A menudo

**B5:** ¿Se encuentra actualmente en recuperación por consumo de alcohol o de sustancias?

Sí  No

**B6:** ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

Nunca  Entre 2 y 3 veces al mes  4 o más veces a la semana

Mensualmente o menos  Entre 2 y 4 veces a la semana  Entre 2 y 4 veces al mes

**B7:** ¿Fuma cigarrillos o consume tabaco?  Sí  No

**B8:** ¿Cuántas veces durante el último año consumió una droga recreativa o utilizó un medicamento recetado por motivos no médicos?

Ninguna  1 vez o más

## Sección C: Actividades de la vida diaria

**C1:** Usted vive en:

Una casa independiente, un apartamento, bloque de apartamentos o casa rodante

Un centro de convalecencia

Un apartamento de vida asistida o un hogar de albergue y cuidado  N/A

**C2:** ¿Está utilizando servicios de atención de la salud en el hogar?  Sí  No

**C3:** ¿Con quién vive?

Cónyuge  Hijos u otro familiar  Solo  Amigos  Otro

**C4:** ¿Hay algún amigo, familiar o vecino que le ayude con sus necesidades médicas?

Sí  No

Si la respuesta es afirmativa, ¿quién?: \_\_\_\_\_

**C5:** ¿Tiene una instrucción anticipada?  Sí  No

**C6:** ¿Tiene a alguien que le ayude a tomar decisiones de atención de salud?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién?: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

**C7:** ¿Ha tenido una conversación con su proveedor acerca de si quiere recibir un tratamiento de sostenimiento de vida o hasta qué punto quiere recibirlo?

Sí  No

**C8:** ¿Se ha caído en el último mes?  Sí  No

**C9:** ¿Actualmente usted utiliza equipo médico duradero o dispositivos médicos?  Sí  No

**C10:** Si respondió afirmativamente a la pregunta C9, especifique qué equipo o dispositivo médico utiliza de los mencionados a continuación:

Silla de ruedas  Colchón de presión  Cama de hospital  Asiento de inodoro  
 Andador  Máquina CPAP/Apnea del sueño  Oxígeno  Silla para baño  
 Bastón  Retrete portátil  Pañales  Catéter

**C11:** Administración de los medicamentos:

No tengo problemas  Sí, tengo problemas  No puedo realizar esta actividad sin ayuda

**C12:** ¿Tiene servicios de apoyo en el hogar?  Sí  No

**C13:** ¿Tiene alguna dificultad con alguna de las siguientes actividades?

Alimentarse  Movilidad (sobre superficies niveladas)  
 Bañarse  Subir o bajar escaleras  
 Aseo personal  Administración del dinero  
 Incontinencia intestinal o accidentes  Preparar la comida  
 Incontinencia de la vejiga o accidentes  Lavandería  
 Uso del inodoro  Limpieza de la casa  
 Traslados (p. ej.: de la cama a la silla y de vuelta)

**C14:** En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que consideró necesario porque no tenía suficiente dinero para comprar alimentos?

Sí  No

**C15:** ¿Tiene una vivienda?  Sí  No

**C16:** ¿Le preocupa perder su vivienda?  Sí  No

**C17:** En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, obtener sus medicamentos, asistir a reuniones o citas no médicas, trabajar o no obtener las cosas que necesita?

Sí  No

## Sales Agent Information

If someone helped you fill out this application he/she must complete the information below and sign:

**Name of Staff/Agent/Broker (Print Name)**

**Signature**

**Date**

**Relationship to Enrollee**

**Agent NPN**

**Agent Phone Number**

**Agent License Number**

**FMO**

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE

ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO  
INTENCIONALMENTE