

EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD

as siguientes preguntas son parte de su evaluación de riesgos para la salud, que es una evaluación de su salud general. La información será utilizada por Steward Health Choice Generations HMO SNP para crear su plan de atención personalizado (sus objetivos de salud para el año), que se le enviará.

IMPORTANT: Asegúrese de completar su nombre e ID de miembro. Esta información nos ayudará a saber quién es usted.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de miembro: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Médico de atención primaria: _____ Fecha actual: _____

Actividad física	
En los últimos 7 días, ¿cuántos días hizo ejercicio?	_____ Días
Los días que hizo ejercicio, ¿cuánto tiempo le dedico (en minutos)?	_____ Minutos/Día <input type="checkbox"/> N/C
¿Cuán intenso fue su ejercicio típico?	<input type="checkbox"/> Leve (estirarse o caminar lentamente) <input type="checkbox"/> Moderado (caminar rápidamente) <input type="checkbox"/> Intenso (correr o nadar) <input type="checkbox"/> Muy intenso (correr rápidamente o subir escaleras) <input type="checkbox"/> Actualmente no hago ejercicio

Consumo de tabaco	
En los últimos 30 días, ¿consumió tabaco?	Fumó: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tabaco sin humo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió Sí a alguna de estas, ¿le interesaría dejar de consumir tabaco dentro del próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Consumo de alcohol	
En los últimos 7 días, ¿cuántos días bebió alcohol?	_____ Días
Los días que tomó alcohol, ¿cuántas veces tomó (5 o más para hombres, 4 o más para mujeres y estos hombres y mujeres mayores de 65 años de edad) bebidas alcohólicas en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez por semana <input type="checkbox"/> De 2 a 3 veces por semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces por semana
¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con un conductor que ha bebido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Nutrición	
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de fruta y vegetales comió normalmente por día? (1 porción = 1 taza de vegetales frescos, 1/2 taza de vegetales cocidos o 1 fruta mediana. 1 taza = tamaño de una pelota de béisbol)	_____ Porciones por día
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos ricos en fibra o integrales comió generalmente por día? (1 porción = 1 rebanada de pan 100 % integral, 1 taza de cereal integral o rico en fibra listo para consumir, 1/2 taza de cereal cocido, como avena, o 1/2 taza de arroz o pasta integral).	_____ Porciones por día
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos fritos o de alto contenido de grasa comió por día? (los ejemplos incluyen: pollo frito, pescado frito, tocino, papas fritas, chips de maíz, donas, aderezos cremosos para ensaladas y alimentos hechos de leche entera, crema, queso o mayonesa)	_____ Porciones por día
En los últimos 7 días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) consumió normalmente por día?	_____ Bebidas azucaradas consumidas por día

Uso del cinturón de seguridad	
¿Siempre usa el cinturón cuando está en el auto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Depresión	
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Por momentos <input type="checkbox"/> Casi nunca
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer al hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Por momentos <input type="checkbox"/> Casi nunca
¿Sus sentimientos le causaron tristeza o interfirieron con su capacidad de interactuar socialmente con su familia y amigos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Consulta activamente un proveedor de salud conductual?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Ansiedad	
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso, ansioso o al límite?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Por momentos <input type="checkbox"/> Casi nunca
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia tuvo dificultad para dejar de preocuparse o controlar su preocupación?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayor parte del tiempo <input type="checkbox"/> Por momentos <input type="checkbox"/> Casi nunca

Estrés alto	
¿Con qué frecuencia es el estrés un problema para usted al manejar cosas como su salud?	<input type="checkbox"/> Nunca o rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> Siempre
¿Sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Nunca o rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> Siempre
¿Su relaciones sociales o familiares?	<input type="checkbox"/> Nunca o rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> Siempre
¿Su trabajo?	<input type="checkbox"/> Nunca o rara vez <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> Siempre

Apoyo social/emocional	
¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca

Dolor	
En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor sintió?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Alguno <input type="checkbox"/> Mucho

Salud general

En general, ¿diría que su salud es...	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
¿Cómo describiría el estado de su boca y sus dientes, incluidos los dientes postizos y dentaduras?	<input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente
¿Está embarazada actualmente?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es su idioma preferido?	_____
¿Cómo preferiría que se lo contacte?	<input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo electrónico

Actividades de la vida diaria

En los últimos 7 días, ¿necesitó ayuda de otros para realizar actividades diarias como...	<input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar
---	--

Actividades instrumentales de la vida diaria

En los últimos 7 días, ¿necesitó que otras personas se ocuparan de cosas como...	<input type="checkbox"/> Limpiar la ropa <input type="checkbox"/> Actividades bancarias <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Preparar comida <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Tomar sus propios medicamentos <input type="checkbox"/> Tareas domésticas <input type="checkbox"/> Compras
--	---

Dormir	
Cada noche, ¿cuántas horas suele dormir?	_____ Horas
¿Ronca o alguien le ha dicho que ronca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia sintió sueño durante el día?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca

Presión arterial	
Si se controló la presión arterial el último año, ¿cuál fue en el último control?	<input type="checkbox"/> Baja o normal (120/80 o inferior) <input type="checkbox"/> Límite alta (de 120/80 a 139/89) <input type="checkbox"/> Alta (140/90 o superior) <input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro

Colesterol	
Si se controló el colesterol el último año, ¿cuál fue el nivel de colesterol total en el último control?	<input type="checkbox"/> Deseable (menos de 200) <input type="checkbox"/> Límite alto (200-239) <input type="checkbox"/> Alto (240 o superior) <input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro

Glucemia	
Si se controló la glucemia, ¿cuál fue su nivel de glucosa en sangre en ayunas (glucemia) en el último control?	<input type="checkbox"/> Deseable (inferior a 100) <input type="checkbox"/> Límite alto (100-125) <input type="checkbox"/> Alto (126 o superior) <input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro
Si es diabético y se controló la hemoglobina A1c el último año, ¿cuál fue el nivel en el último control?	<input type="checkbox"/> Deseable (6 o inferior) <input type="checkbox"/> Límite alto (7) <input type="checkbox"/> Alto (8 o superior) <input type="checkbox"/> No sabe/no está seguro

Sobrepeso/obesidad	
¿Cuál es su altura sin calzado?	_____ Pies _____ Pulgadas
¿Cuál es su peso?	_____ libras

Fuente: Goetzel, Ron Z., PhD, y Et Al. "Framework for a Patient-Centered Health Risk Assessment." *Framework for a Patient-Centered Health Risk Assessment*. CDC, 12 de diciembre de 2011. Miércoles, 2 de febrero de 2014.

Steward Health Choice Generations HMO SNP es un plan de salud con contrato con Medicare y contrato con el programa de Medicaid estatal. La inscripción en Steward Health Choice Generations HMO SNP depende de la renovación de los contratos.

Esta información está disponible en otros formatos, como braille, letra grande y audio.