

## EVALUACIÓN DE RIESGOS PARA LA SALUD (HRA)

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

Estimado miembro,

Al responder las preguntas siguientes, nos ayudará a encontrar maneras para ayudarle a continuar sintiéndose bien y mejorar su salud. Responda todas las preguntas que pueda y devuelva este formulario en el sobre adjunto con franqueo pagado. **¡Reciba \$10 en su tarjeta Rewards Plus cuando nos envíe su HRA completada!**

MBI N.º	N.º de Id. de MIEMBRO	FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA	TELÉFONO DE LA CASA	PLAN
<HEALTH_ID>	<MEM_ID>	<EFF_DT>	<PHONE>	<MEDICARE_PBP>
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO	SEXO	
<MEM_FIRST_NAME>	<MEM_LAST_NAME>	<DOB>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<ADDR1>	<CITY>	<STATE>	<ZIP>	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			

Autorizo a Brand New Day a enviarme información sobre mi plan

¿Cuál es su método de comunicación preferido?  TELÉFONO CELULAR  CORREO ELECTRÓNICO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

## 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

DATE

AGENT PHONE NUMBER

AGENT LICENSE NUMBER

FMO

## 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 el hospital?

No  1-2 veces  3-5 veces  >6 meses

A3: ¿Cuántas veces por semana hace ejercicio?  >5 días  4-3 días  2-1 días  Casi nunca  Nunca

A4: ¿Cuál es su altura? \_\_\_\_\_

A5: ¿Cuál es su peso? \_\_\_\_\_

lbs

A6: Sin quererlo, ¿bajó o subió 10 lb en los últimos seis meses?

Sí  No

A7: ¿Recibió una vacuna contra la gripe este año?

Sí  No

A8: ¿Recibió una vacuna contra la neumonía?

Sí  No

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo? \_\_\_\_\_

A9: ¿Se ha realizado una colonoscopia?

Sí  No

Cuándo: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

A10: ¿Está utilizando servicios de atención de la salud en el domicilio?

Sí  No

A11: ¿Se ha caído en el último mes?

Sí  No

A12: ¿El médico le dijo que tiene alguna de las siguientes afecciones?:

Cáncer  Demencia  Diabetes/Alto nivel de azúcar en sangre  Problemas de salud mental

A13: ¿Su padre, madre, hermana o hermano padece diabetes?

Sí  No

A14: En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba por día? \_\_\_\_\_

A15: ¿Por cuántos años fumó? \_\_\_\_\_

A16: ¿Actualmente utiliza equipo médico duradero o dispositivos médicos?

Sí  No

A17: Si respondió que "sí" a la pregunta A16, especifique qué equipo o dispositivo médico a continuación:

Silla de ruedas  Andador  Bastón  Retrete portátil  
 Colchón de presión  Cama de hospital  Asientos de retrete  Pañales  
 Máquina de CPAP/Apnea del sueño  Oxígeno  Silla para baño  Catéteres

Otro: \_\_\_\_\_

A18: ¿A qué medicamentos es alérgico? \_\_\_\_\_

A19: ¿A veces se olvida de tomar sus medicamentos?

Sí  No

A20: ¿Qué medicamentos toma? \_\_\_\_\_

## SECCIÓN B: SALUD CONDUCTUAL

Para **B1** y **B2**, ¿durante las últimas 2 semanas, con qué frecuencia sintió molestias por alguno de los siguientes problemas?

**B1:** Poco interés o placer al hacer las cosas:

Nada en absoluto    Más de la mitad de los días    Varios días    Casi todos los días

**B2:** ¿Se sintió triste, deprimido o sin esperanza?:

Nada en absoluto    Más de la mitad de los días    Varios días    Casi todos los días

**B3:** ¿Sus familiares o amigos están preocupados por su memoria?

Sí    No

**B4:** ¿Alguna vez asistió a una reunión de Alcohólicos Anónimos o Narcóticos Anónimos?

Sí    No

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

Sí    No

**Alcohol:**

Una bebida =



12 oz  
Cerveza



5 oz  
Vino



1.5 oz. licor  
(un vaso)

Ninguna   1 o más

**B6: Hombres:** ¿Cuántas veces durante el último año tomó 5 bebidas o más en un día?

 

**B7: Mujeres:** ¿Cuántas veces durante el último año tomó 4 bebidas o más en un día?

 

Las drogas recreativas incluyen metanfetaminas (anfeta, cristal), cannabis (marihuana, hierba), inhalantes (diluyente de pintura, aerosol, pegamento), tranquilizantes (Valium), barbitúricos, cocaína, éxtasis, alucinógenos (LSD, hongos) o narcóticos (heroína).

Ninguna   1 o más

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

 

**B9:** ¿Qué tan a menudo siente que le falta compañía?

Casi nunca    Algunas veces    A menudo

**B10:** ¿Qué tan a menudo se siente excluido/a?

Casi nunca    Algunas veces    A menudo

**B11:** ¿Qué tan a menudo se siente aislado/a de los demás?

Casi nunca    Algunas veces    A menudo

## SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

- C1:** Usted:  ¿Ronca?  ¿Deja de respirar mientras duerme?  N/C
- C2:** ¿Su somnolencia generó alguna vez lo siguiente?:  Un accidente automovilístico  Un cuasiaccidente durante la conducción  N/C
- C3:** Durante la noche, ¿le sucede lo siguiente?
- Se despierta jadeando o ahogado
  - Se despierta con frecuencia
  - Se despierta para ir al baño
  - N/C
- C4:** Durante el día, ¿le sucede lo siguiente?
- Se siente somnoliento o se queda dormido sin querer
  - Tiene dolores de cabeza durante la mañana
  - Tiene dificultad con la memoria o la concentración
  - N/C
- C5:** ¿Dónde vive?
- Una casa independiente, un apartamento, bloque de apartamentos o casa rodante
  - Un apartamento de vida asistida o un hogar de albergue y cuidado
  - Un asilo de ancianos
  - N/C
- C6:** ¿Con quién vive? \_\_\_\_\_
- C7:** ¿Hay algún amigo, familiar o vecino que podría cuidarlo algunos días si fuera necesario?
- Sí  No **NOMBRE:** \_\_\_\_\_ **TELÉFONO:** \_\_\_\_\_
- C8:** ¿Tiene transporte para ir y regresar de sus citas con el médico?  Sí  No
- C9:** ¿Tiene una directriz anticipada?  Sí  No
- C10:** ¿Tiene una POLST (orden del médico para el tratamiento de sostenimiento de vida)?  Sí  No

## SECCIÓN D: EVALUACIÓN FUNCIONAL

**D1: BAÑARSE**

Se baña solo completamente o necesita ayuda para lavarse una sola parte del cuerpo  1  
Necesita ayuda para lavarse más de una parte del cuerpo, y para entrar y salir de la bañera  0

**D2: VESTIRSE**

Quita la ropa del ropero y los cajones y se pone la ropa con los broches; puede requerir ayuda para atarse los cordones  1  
Necesita ayuda para vestirse o necesita que lo vistan por completo  0

**D3: USO DEL BAÑO**

Va al baño, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa y se limpia la zona genital sin ayuda  1  
Necesita ayuda para sentarse en el retrete y para limpiarse o utiliza una bacinilla o un retrete portátil  0

**D4: TRASLADARSE**

Se sube y se baja de la cama o de la silla sin asistencia (las ayudas mecánicas para el traslado son aceptables)  1  
Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere un traslado completo  0

**D5: CONTINENCIA**

Ejerce un autocontrol total sobre la micción y la defecación  1  
Es parcial o totalmente incontinente del intestino o la vejiga  0

**D6: ALIMENTARSE**

Lleva los alimentos del plato a la boca sin ayuda (La preparación de las comidas puede ser realizada por otra persona)  1  
Necesita ayuda parcial o total para alimentarse o requiere alimentación parenteral  0

**TOTAL DE PUNTOS**