

Evaluación de riesgos para la salud (HRA)

Estimado miembro:

Responder a las siguientes preguntas nos permite encontrar maneras de ayudarle a seguir sintiéndose bien y mejorar su salud. Por favor conteste todas las preguntas que pueda y devuelva este formulario en el sobre prepagado adjunto.

N.º DE ID DE MEDICARE	N.º DE ID DEL MIEMBRO	FECHA DE VIGENCIA	TELÉFONO DEL HOGAR	PLAN
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
NOMBRE	APELLIDO	FECHA DE NACIMIENTO:	GÉNERO	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F
DIRECCIÓN	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
NÚMERO DE TELÉFONO CELULAR	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Autorizo a Brand New Day a enviarme información sobre mi plan
¿Cuál es su método preferido de comunicación? TELÉFONO CELULAR CORREO ELECTRÓNICO

MÉDICO DE ATENCIÓN PRIMARIA

SALES AGENT INFORMATION

Si alguien le ayudó a completar esta solicitud, él/ella debe completar la información a continuación y firmar:

NAME OF STAFF/AGENT/BROKER (print name)		
<input type="text"/>		
SIGNATURE	DATE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
RELATIONSHIP TO ENROLLEE	DATE	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	
AGENT PHONE NUMBER	AGENT LICENSE NUMBER	FMO
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

SECCIÓN A: MÉDICA

A1: En general, ¿cómo calificaría su salud? Excelente Muy buena Buena Regular Mala

A2: En los últimos 12 meses, ¿ha pasado la noche como paciente en el hospital?

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

A3: ¿Con qué frecuencia hace ejercicio a la semana?

>5 días 4-3 días 2-1 días Rara vez Nunca

A4: ¿Cuál es su altura? A5: ¿Cuál es su peso? libras

A6: Sin quererlo, ¿he perdido o aumentado 10 libras en los últimos seis meses? Sí No

A7: ¿Ha recibido la vacuna contra la gripe este año? Sí No

A8: ¿Se ha realizado una colonoscopia? Sí No

¿Cuándo?: ¿Dónde?:

A9: ¿Está usando servicios de salud en el hogar? Sí No

A10: ¿Se ha caído en el último mes? Sí No

A11: ¿Su médico le ha dicho que usted tiene lo siguiente?:

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

A12: ¿Tiene una madre, un padre, una hermana o un hermano con diabetes? Sí No

A13: En promedio, ¿cuántos cigarrillos fumaba al día?

A14: ¿Cuántos años ha fumado?

A15: ¿Está usando actualmente equipo médico duradero o dispositivos médicos? Sí No

A16: Si la respuesta es afirmativa a la pregunta A15, especifique a continuación qué equipos o dispositivos médicos:

Silla de ruedas Andador Bastón Silla con orinal

Colchón de presión Cama de hospital Asientos para inodoro Pañales

Máquina CPAP/Apnea del sueño Oxígeno Silla de baño Catéteres

Otro:

A17: ¿Qué tipo de alergias a medicamentos tiene?

A18: ¿Se le olvida a veces tomar su medicamento? Sí No

A19: ¿Qué medicamentos toma?

SECCIÓN B: SALUD DEL COMPORTAMIENTO

Para **B1** y **B2**, durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

B1: Poco interés o placer en hacer cosas:

En absoluto Más de la mitad de los días Varios días Casi todos los días

B2: Sentirse triste, deprimido o desesperado:

En absoluto Más de la mitad de los días Varios días Casi todos los días

B3: ¿Su familia/amigos tienen preocupaciones acerca de su memoria?

Sí No

B4: ¿Alguna vez ha asistido a una reunión de Alcohólicos Anónimos o de Narcóticos Anónimos?

Sí No

SECCIÓN C: ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

C1: Usted:

Ronca

Deja de respirar mientras duerme

C2: Su somnolencia alguna vez:

Ha provocado un accidente automovilístico

Casi provoca un accidente al conducir

C3: Por la noche, usted:

Se despierta jadeando o ahogándose

Se despierta con frecuencia

Se despierta para ir al baño

C4: Durante el día, usted:

Se siente soñoliento o “adormilado” sin querer

Tiene dolores de cabeza en la mañana

Tiene dificultad con la memoria o la concentración

C5: Usted vive en:

Una casa, apartamento, condominio o casa móvil independiente

Un apartamento de vida asistida o una casa de acogida y cuidados

Un hogar de ancianos

C6: ¿Con quién vive?

C7: ¿Hay algún amigo, pariente o vecino que se ocuparía de usted durante unos días si fuera necesario?

Sí

No

NOMBRE:

TELÉFONO:

C8: ¿Tiene transporte de ida y vuelta a sus citas con el médico?

Sí No

C9: ¿Tiene una directiva anticipada?

Sí No

C10: ¿Tiene Órdenes del médico para el tratamiento de mantenimiento de la vida (POLST)?

Sí No

SECCIÓN D: EVALUACIÓN FUNCIONAL

D1: ASEO

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

D2: VESTIMENTA

- Toma ropa del armario, de los cajones y se pone ropa con cierres; puede necesitar ayuda para atar los zapatos 1
- Necesita ayuda para vestirse o necesita que lo vistan por completo 0

D3: IR AL BAÑO

- Va al baño, lo usa, se acomoda la ropa, se limpia el área genital sin ayuda 1
- Necesita ayuda para trasladarse al baño, limpiarse o usar la bacinilla o el inodoro 0

D4: TRASPASO

- Entra y sale de la cama o silla sin ayuda (son aceptables las ayudas mecánicas de traspaso) 1
- Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere un traspaso completo 0

D5: CONTINENCIA

- Ejercicios de autocontrol completo sobre la micción y la defecación 1
- Es parcial o totalmente incontinente de intestino o vejiga 0

D6: ALIMENTACIÓN

- Lleva la comida del plato a la boca sin ayuda (es posible que otros preparen la comida) 1
- Necesita ayuda parcial o total con la alimentación o requiere alimentación parenteral 0

PUNTOS TOTALES