

Formulario de Evaluación de riesgos para la salud

Completar este formulario de Evaluación de riesgos para la salud le tomará solo unos minutos. Al hacerlo, nos está ayudando a servirle mejor. Una vez que haya completado el formulario, envíelo lo antes posible a SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119. Si lo prefiere, puede proporcionarnos la información por teléfono llamando al **1(415) 539-2273** o al **711** (TTY). Su información es confidencial.

¿Está de acuerdo en responder las preguntas de esta evaluación?

Sí

No

Instrucciones:

- Por favor, lea cada pregunta y marque la casilla así: ☒ para su respuesta.
- Algunas preguntas le piden que escriba una respuesta en la línea. Por favor, escriba sus respuestas en la línea que aparece junto a la pregunta.

Apellido:		Nombre:	
N.º de ID de SFHP:		Identificador de beneficiario de Medicare (número de 11 dígitos en la tarjeta de Medicare):	
Teléfono (casa):	Teléfono (celular):	Se permite el envío de mensajes de texto: Sí No	
Correo electrónico:		Se permite la comunicación por correo electrónico: Sí No	
Dirección:			
Ciudad:		Estado:	Código postal:
Fecha de nacimiento:	Sexo:	Pronombres: ella él elle Otro:	

INFORMACIÓN GENERAL

1. ¿Alguien le ayudó a completar esta encuesta?

Sí, mi cuidador

Sí, mi tutor legal

Sí, familiar o amigo

No, completé la encuesta por mi cuenta

Otro (por favor, explique): _____

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

a. En caso afirmativo, ¿por qué necesita ayuda?

No puede ver bien

No lee bien

No entiende algunas preguntas

Otro (por favor, explique): _____

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

b. ¿Con frecuencia necesita ayuda para completar formularios de salud?

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

2. ¿Qué idioma prefiere hablar?

Inglés

Español

ASL

Chino

Ruso

Vietnamita

Tagalo

Otro: _____

No corresponde

Prefiere no responder

3. ¿Es sordo(a), tiene un problema auditivo o tiene dificultades auditivas graves?

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

4. ¿Es ciego o tiene serios problemas para ver, aun cuando usa anteojos?

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

ESTADO DE SALUD ANTERIOR Y ACTUAL

5. En general, ¿cómo calificaría su salud física?

Muy buena Buena Regular Mala
Prefiere no responder No lo sabe

6. ¿Tiene un proveedor de atención primaria (PCP)?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Cuándo fue la última vez que vio a su PCP o médico?

Hace menos de 6 meses Hace 6–12 meses Hace más de 1 año Nunca
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

b. ¿Su PCP está atento a sus inquietudes y lo trata con cortesía y respeto?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

7. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo recibir la atención, las pruebas o el tratamiento tan pronto como lo requirió?

Con frecuencia Una vez Dos o más veces Nunca
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces ha ido a la sala de emergencias?

Nunca Una vez Dos o más veces
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

8. En los últimos 12 meses, ¿cuántas noches permaneció en el hospital

Nunca Una vez Dos o más veces
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

9. ¿Alguna vez le han dado tratamiento para o le han dicho que tiene alguna de las siguientes afecciones?

Seleccione todas las que correspondan.

Alzheimer u otra demencia	Antecedentes de trasplante
Ansiedad	Médula ósea Corazón
Artritis	Riñón Hígado
Asma	Otro: _____
Trastorno bipolar	VIH o SIDA
Cáncer	Enfermedad renal
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) o enfisema	Problemas hepáticos
Depresión	Esclerosis múltiple
Discapacidad del desarrollo	Esquizofrenia
Diabetes	Enfermedad de Parkinson
Díálisis	Embarazada, fecha de parto: _____
Epilepsia o trastorno convulsivo	¿Está recibiendo atención prenatal? Sí No
Insuficiencia cardíaca	Derrame cerebral
Hepatitis C	Problemas de tiroides
Presión arterial alta	Otro: _____
	Prefiere no responder
	No lo sabe

10. ¿Siente que alguno de sus problemas de salud está empeorando?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Qué afecciones de salud? _____

11. ¿Tiene heridas, llagas o zonas de la piel deterioradas?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Dónde tiene las heridas, llagas o heridas? _____

b. ¿Está recibiendo tratamiento?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

c. ¿Quién está ayudando con su atención? _____

12. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia usted y su PCP hablaron sobre todos los medicamentos recetados que usted tomaba?

Con frecuencia Una vez Dos o más veces Nunca

No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Cuántos medicamentos recetados toma?

Ninguno 1–5 6 o más

No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

b. ¿Alguna vez se olvidó de tomar sus medicamentos o los tomó de manera incorrecta?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

c. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos (incluyendo ayuda para recogerlos o pagarlos)?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

d. En caso afirmativo, ¿cuáles? _____

13. ¿Ha tenido algún cambio en pensar, recordar o tomar decisiones?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

14. ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al médico?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

ATENCIÓN DE ESPECIALISTAS

15. ¿Está recibiendo atención de un especialista en este momento? (Los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, dermatólogos, profesionales de salud mental y otros médicos que trabajan en un área de la atención médica).

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

En caso afirmativo, ¿a quién está viendo y para qué lo está viendo? Ejemplo: Jane Smith, Oncología

a. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia pudo obtener una cita con un especialista tan pronto como la necesitó?

Con frecuencia Una vez Dos o más veces Nunca
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

16. ¿Cuándo fue la última vez que consultó a un especialista?

Hace menos de 6 meses Hace 6–12 meses Hace más de 1 año Nunca
No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Está satisfecho con sus especialistas?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

b. ¿Su PCP parecía informado y actualizado sobre la atención que recibió de todos sus especialistas?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

17. ¿Tiene dolor que afecta sus actividades diarias?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. En caso afirmativo, ¿dónde siente el dolor? _____

b. En una escala del 0 al 10, ¿cómo calificaría su dolor usando la siguiente escala? _____



0

Sin dolor



2

Duele un poco



4

Duele un poco más



6

Duele aún más



8

Duele mucho



10

El peor dolor

CONDICIÓN DE VIVIENDA Y FUNCIONAMIENTO DIARIO

18. ¿Cuál es su régimen de vivienda actual?

- | | |
|---|-------------------------|
| Vive solo | No tiene hogar |
| Vive con familiares, amigos o pareja | Hotel/Motel |
| Vivir con un cuidador remunerado | Centro de vida asistida |
| Le preocupa perderla en un plazo de 2 meses | |
| Otro (indique): _____ | |
| Prefiere no responder | No lo sabe |

19. ¿Puede vivir de forma segura y moverse fácilmente por su casa?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

Si la respuesta es No, ¿tiene el lugar donde vive lo siguiente?:

Buena iluminación	Sí	No
Buena calefacción	Sí	No
Buen aire acondicionado	Sí	No
Pasamanos para las escaleras o rampas	Sí	No
Agua caliente	Sí	No
Inodoro interior	Sí	No
Una puerta al exterior con llave	Sí	No
Escaleras hacia el interior de su casa o escaleras dentro de su hogar	Sí	No
Elevador	Sí	No
Espacio para usar una silla de ruedas	Sí	No
Pasillos despejados para salir de su casa	Sí	No

20. ¿Necesita ayuda con cualquiera de las siguientes actividades?

	Prefiere no responder	No lo sabe
Tomar un baño o una ducha	Sí No	No corresponde
Subir las escaleras	Sí No	No corresponde
Comer	Sí No	No corresponde
Vestirse	Sí No	No corresponde
Lavar los dientes, peinarse o afeitarse	Sí No	No corresponde
Preparar comidas o cocinar	Sí No	No corresponde
Levantarse de la cama o de la silla	Sí No	No corresponde
Ir de compras y comprar alimentos	Sí No	No corresponde
Usar el inodoro	Sí No	No corresponde
Caminar	Sí No	No corresponde
Lavar los platos o la ropa	Sí No	No corresponde
Emitir cheques o llevar un registro del dinero	Sí No	No corresponde
Conseguir transporte para ir al médico o a ver a amigos	Sí No	No corresponde
Hacer tareas del hogar o del patio	Sí No	No corresponde
Salir para visitar familiares o amigos	Sí No	No corresponde
Usar el teléfono	Sí No	No corresponde
Llevar el control de sus citas	Sí No	No corresponde

a. En caso afirmativo, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas actividades?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

21. ¿Ha sufrido una caída en los últimos 3 meses? (Una caída es cuando su cuerpo cae al suelo sin ser empujado).

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. ¿Tiene miedo de caerse?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

b. ¿Habló con su PCP acerca de caídas o problemas con el equilibrio o para caminar

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

c. ¿Su PCP le ha recomendado alguno de los siguientes?

Bastón o andador	Programa de ejercicios o fisioterapia
Examen de la vista	Prueba de audición
No corresponde	Prefiere no responder No lo sabe

22. ¿Tiene familiares u otras personas dispuestas a ayudarlo cuando lo necesite?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. En caso afirmativo, indique el nombre y la relación del cuidador:

23. ¿Alguna vez cree que a su cuidador le cuesta darle toda la ayuda que necesita?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

a. En caso afirmativo, ¿qué apoyo cree que necesita su cuidador?

SERVICIOS RECIBIDOS

24. ¿Utiliza alguno de los siguientes dispositivos o ayudas? Seleccione todas las que correspondan.

Férulas u extremidades artificiales	Oxígeno
Catéter	Traqueostomía o suministros de succión
CPAP o BiPAP (una máquina para ayudarlo a dormir)	Suministros para alimentación por sonda
Suministros para la diabetes (medidor de glucosa, etc.)	Andador o bastón
Pañales o suministros para la incontinencia	Silla de ruedas
Audífonos	No corresponde
Cama de hospital	Prefiere no responder
Infusiones (medicamento intravenoso [IV])	No lo sabe
Bolsas o suministros de ostomía	

a. Si no está utilizando ninguno de los anteriores, ¿necesita alguna de estas ayudas?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

b. En caso afirmativo, indique: _____

25. En los últimos 12 meses, ¿a veces se ha quedado sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

26. ¿Alguien está usando su dinero sin su autorización?

Sí No No corresponde Prefiere no responder No lo sabe

27. ¿Actualmente tiene acceso a algún servicio de Medi-Cal?

Ayuda con el transporte	Ayuda para pagar las facturas de servicios públicos
Servicios ambulatorios del condado por consumo de alcohol o drogas	In-Home Supportive Services (IHSS)
Salud mental del condado	Centro regional
Programas de asistencia alimentaria (Meals on Wheels, CalFresh, bancos de alimentos)	Servicios de vivienda
Otro recurso comunitario: _____	Atención dental
Prefiere no responder	
No lo sabe	

BIENESTAR MENTAL

28. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido triste, deprimido o desesperado?

En lo absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe	

29. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

En lo absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe	

30. En los últimos 30 días, ¿cuántos días se ha sentido solo?

Ninguno, nunca me siento solo	Menos de 5 días
Más de la mitad de los días (más de 15)	La mayoría de los días, siempre me siento solo
No corresponde	Prefiere no responder No lo sabe

31. Durante el último año, ¿ha tenido miedo de que alguien le haga daño?

Sí	No	No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe
----	----	----------------	-----------------------	------------

32. ¿Ha tenido pensamientos de lastimarse o lastimar a otros?

Sí	No	No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe
----	----	----------------	-----------------------	------------

ANTECEDENTES SOCIALES

33. ¿Fuma, vapea o consume tabaco?

Sí	No	No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe
----	----	----------------	-----------------------	------------

a. Si la respuesta es afirmativa, ¿desea ayuda para dejar el tabaco?

Sí	No	No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe
----	----	----------------	-----------------------	------------

34. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol?

Nunca	1 vez al mes o menos	2 a 4 veces por mes
2 o 3 veces al día	4 o más veces al día	
No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe

35. En un día normal, cuando usted bebe, ¿cuántas bebidas alcohólicas toma?

1 a 2	3 a 4	5 o más
No corresponde	Prefiere no responder	No lo sabe

PLANIFICACIÓN DE LA ATENCIÓN MÉDICA

36. ¿Tiene a alguien que tome decisiones de atención médica y de otro tipo por usted?

No, puedo tomar mis propias decisiones

Sí, tengo un amigo o familiar

Nombre y relación _____

Sí, tengo un tutor legal

Nombre y relación _____

No corresponde

Prefiere no responde

No lo sabe

37. ¿Tiene una directiva de atención médica anticipada? (Este es un documento que les dice a los médicos y hospitales qué hacer en caso de que usted no pueda hablar por sí mismo).

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

a. En caso afirmativo, ¿de qué tipo?

Testamento vital

Poder notarial duradero para la atención médica

Apoderado de atención médica

Órdenes médicas para tratamientos de soporte vital (POLST)

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

b. Si la respuesta es No ¿le gustaría hablar con alguien sobre cómo elaborar una directiva anticipada de atención médica?

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

38. ¿Tiene alguna creencia cultural o religiosa que afecte sus decisiones de tratamiento?

Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

39. ¿En qué formato prefiere recibir información médica?

Escrito (impreso)

Escrito (letra grande)

Braille

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe

40. Esta evaluación creará metas que nos ayudarán a administrar sus necesidades de atención. ¿Le gustaría que le enviáramos una copia de estas metas por correo después de una actualización importante?

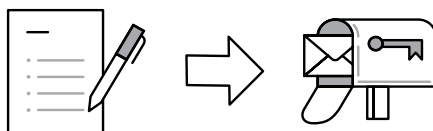
Sí

No

No corresponde

Prefiere no responder

No lo sabe



Gracias por tomarse el tiempo para compartir sus experiencias de atención médica con nosotros.

Devuelva esta encuesta a: SFHP Care Plus, P.O. Box 194247, San Francisco, CA 94119.

Una vez más, bienvenido a SFHP Care Plus. Nos agrada tenerle como miembro.

Puede solicitar este documento en formatos alternativos como Braille, letra de tamaño grande y audio. Para solicitar otros formatos o para solicitar ayuda para leer este documento y otros materiales de SFHP, llame a Servicio al Cliente al **1(415) 539-2273** o a la línea gratuita al **1(833) 530-7327**. Si tiene deficiencias auditivas, llame al **711** para TTY.