



Health Risk Assessment Form

Health Plan

NOMBRE DEL AFILIADO: _____ ID DEL AFILIADO #: _____ FECHA: _____

DOCTOR PRIMARIO: _____

¿USTED HA TENIDO O SIDO TRATADO DE ALGUNAS DE LAS SIGUIENTES ENFERMEDADES?

Alzheimer's /Dementia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Presión Alta (Hipertensión)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Amputación	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Colesterol/ Triglicéridos Altos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Asma	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	VIH o SIDA	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Artritis o Dolor en las Articulaciones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad Renal/o Diálisis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Defectos de Nacimiento o Condiciones como: (parálisis cerebral, enfermedades congénitas, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad del Hígado, Cirrosis o Hepatitis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Cancer	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Enfermedad Pulmonar como: (Enfisema, Enfermedad de obstrucción pulmonar crónica, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Diabetes	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	LUPUS	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Depresión/Enfermedad Mental	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Esclérosis Múltiple o alguna parálisis	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Epilepsia/Convulsiones	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Trasplante de Órgano (hígado, riñón, etc.)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Problemas Cardíacos	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Siclemia o Anemia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Hemofilia	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	Accidente cerebrovascular	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

POR FAVOR, RESPONDA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

¿Están actualizadas sus vacunas (o las de su hijo/hija)? (Si es < 21 años)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted necesita ayuda con el transporte para sus citas médicas o exámenes médicos?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿En el último año, Usted se ha sentido triste o melancólico por más de 2 meses?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted cree que ha sido víctima de abuso físico, psicológico o sexual?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿En los últimos 3 meses, Usted ha tenido dificultad para cubrir sus gastos personales?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha visto un dentista en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A usted le duelen los dientes o le sangran las encías?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha ganado o perdido más de 10 libras en los últimos 6 meses sin querer?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Está usted embarazada?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si respondió "Si", ¿Cuál es la fecha aproximada del parto?	
¿Está usted recibiendo asistencia del programa WIC en la actualidad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Está usted recibiendo asistencia del programa Healthy Start en la actualidad?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha comenzado el proceso de inscripción de su bebé en Medicaid?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha tenido un bebé en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A usted le interesaría recibir información sobre Planificación Familiar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿A usted le interesaría recibir información sobre la Prevención del Embarazo en Adolescentes? (Si es < 21 años)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted necesita ayuda con lo siguiente: bañarse, vestirse, preparar comidas, caminar, etc.?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted socializa con otros?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted cree que su salud vaya a empeorar en los próximos 6 meses?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted cree que está más olvidadizo que de costumbre?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Usted ha estado en la sala de emergencia en los últimos 90 días?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Tiene usted algún equipo médico (como una silla de ruedas, máquina de aerosol, oxígeno, etc.) que le fue dado por su compañía de seguro anterior o Medicare/Medicaid?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si respondió "SI", ¿Cuál tiene usted?	

CONTINÚA EN LA PRÓXIMA PÁGINA



Health Risk Assessment Form

Health Plan

CONTINUACIÓN DE LA PRIMERA PÁGINA	
¿Usted fuma?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si respondió "SI", ¿le gustaría recibir información sobre como dejar de fumar?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Considera que puede tener un problema de alcoholismo o drogadicción?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
Si respondió "SI", ¿Le gustaría recibir ayuda con este problema?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe (influenza)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> En los últimos 18 meses <input type="checkbox"/> Más de 18 meses	
¿Cuándo fue su último examen de la vista (con dilatación de pupila)? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Hace menos de 12 meses <input type="checkbox"/> Hace más de 12 meses	
¿Cuántos medicamentos usted toma a diario? <input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> 1 a 3 <input type="checkbox"/> 4 a 6 <input type="checkbox"/> Más de 6	
Si usted tiene dolor ahora, por favor díganos qué tan fuerte es en una escala del 1 al 10, donde 1 es muy poco dolor, 5 es un dolor moderado y 10; un dolor agudo o fuerte: <input type="checkbox"/> No tengo dolor <input type="checkbox"/> 1 al 3 <input type="checkbox"/> 4 al 6 <input type="checkbox"/> 7 al 10	
¿Con quién vive usted: <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Esposo(a)/Pareja <input type="checkbox"/> Familia/Amistades <input type="checkbox"/> Albergue <input type="checkbox"/> Assisted Living Facility/Nursing Home <input type="checkbox"/> Sin Hogar/Desamparado(a) <input type="checkbox"/> Otro _____	

Por favor, firme y ponga la fecha en la línea de abajo. Envíenos este cuestionario en el sobre adjunto pre-pagado o llame al Servicio de Miembros gratuitamente al **1-877-577-9043 (TTY 711)** si necesita ayuda para completar este cuestionario.

FECHA DE NACIMIENTO: _____ MASCULINO FEMENINO

DIRECCIÓN POSTAL:

CALLE	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
-------	--------	--------	---------------

TELÉFONO #: _____ NÚMERO DE CELULAR U OTRO NÚMERO DE TELÉFONO: _____

CONTACTO DE EMERGENCIA: _____ TELÉFONO: _____

LENGUAJE PRIMARIO: INGLÉS ESPAÑOL OTRO (Especifique) _____

 NOMBRE/FIRMA DE LA PERSONA QUE COMPLETO EL CUESTIONARIO

 ¿RELACIÓN CON EL MIEMBRO? (e.g., Miembro, Esposo, etc.)