

Evaluación de riesgos de salud

Complete todos los campos requeridos. Utilizaremos su información para referirle a usted (afiliado/a) a programas de coordinación del cuidado de la salud que pueden ayudarle a vivir una vida más saludable.

Consejos útiles: si alguno de los datos indicados es incorrecto, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias al 850-300-4323, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del este.

A: Sobre usted

Fecha de hoy _____

Nombre de la persona que completa el formulario _____

Estoy completando este formulario para:

Mí mismo/a

Hermano/a

Hijo/a

Esposo/a

Amigo/a

Niño/a en acogida

Padre/madre

¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto de Humana (p. ej., recordatorios, cartas y materiales educativos, etc.)?

Sí

No

Número de teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre del afiliado _____ N.º de identificación del afiliado _____

Nombre del padre/madre/tutor, si corresponde _____

Fecha de nacimiento _____

N.º de teléfono fijo _____ N.º de móvil _____

Nombre del contacto de emergencia _____

N.º de teléfono del contacto de emergencia _____

¿En qué idioma prefiere comunicarse usted (afiliado/a)?

Inglés

Español

Otro

Prefiero no contestar

Humana

Healthy Horizons®
in Florida

B: Su historia clínica

¿Conoce usted (afiliado/a) el nombre de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u obstetra-ginecólogo (OB-GYN, por sus siglas en inglés)?

Sí

No

Nombre _____

¿Acude usted (afiliado/a) a otros médicos o proveedores de cuidado de la salud además de, o en lugar de, su PCP?

Sí

No

Indique a qué médico consulta y el motivo por el que consulta a este médico.

Nombre del médico	Motivo de su consulta

¿Cuándo se realizó su último examen médico (el último examen médico del/de la afiliado/a)?

En los últimos 3 meses

No tengo un PCP

Entre los últimos 3 a 12 meses

Tengo programado un examen médico con mi PCP para el _____

Hace más de 12 meses

Nunca me he hecho un examen médico rutinario

¿Le gustaría recibir ayuda para programar una cita con su PCP u obstetra-ginecólogo (del/de la afiliado/a)?

Sí

No

*Si la respuesta es sí, comuníquese con nuestro equipo de coordinación del cuidado de la salud llamando al **800-229-9880 (TTY: 711)** para recibir asistencia.

¿Ha acudido usted (afiliado/a) a una consulta dental anual en los últimos 12 meses?

Sí

No

¿Se vacunó usted (afiliado/a) contra la influenza el año pasado?

Sí

No

En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha estado usted (afiliado/a) en una sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)?

0

1 a 5

6 a 10

11 a 20

21 a 30

N.º de identificación del afiliado _____

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha permanecido usted (afiliado/a) una noche en el hospital?

0 1 a 3 4 a 5 6 a 10 Más de 11 veces

Marque Sí, No o No aplica								
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?		En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?		En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?		En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Sida	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Asma	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Cáncer	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Enfermedad renal crónica	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Fibrosis quística	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Diabetes	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Fallo cardíaco	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Presión arterial alta	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
VIH	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No
Anemia drepanocítica	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No	Sí N/A	No

Antecedentes familiares

Nombre de la afección	¿A algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?		
Sida	Sí	No	N/A
Asma	Sí	No	N/A
Cáncer	Sí	No	N/A
Enfermedad renal crónica	Sí	No	N/A
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	Sí	No	N/A
Fibrosis quística	Sí	No	N/A
Diabetes	Sí	No	N/A
Fallo cardíaco	Sí	No	N/A
Presión arterial alta	Sí	No	N/A
VIH	Sí	No	N/A
Anemia drepanocítica	Sí	No	N/A

Determinantes sociales de la salud

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

Ocurrió a menudo

Ocurrió a veces

No ocurrió nunca

Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) se le acabaron los alimentos que compró y no tuvo dinero para comprar más?

Ocurrió a menudo

Ocurrió a veces

No ocurrió nunca

Prefiero no responder

¿Usted (afiliado/a) o algún familiar con el que vive no pudo obtener estos artículos o servicios en el último año? (Marque todas las opciones que correspondan)

Artículo/servicio			
Cuidado infantil	Sí	No	N/A
Ropa	Sí	No	N/A
Medicamentos o algún tipo de cuidado de la salud (p. ej., médico, dental, salud mental o de la vista)	Sí	No	N/A
Teléfono	Sí	No	N/A
Servicios públicos	Sí	No	N/A
Otro: _____			

¿En qué situación vive usted (afiliado/a) actualmente?

Tengo un lugar estable para vivir

Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

No tengo un lugar estable para vivir

Prefiero no responder

¿Dónde vive usted (afiliado/a) concretamente?

Temporalmente me estoy quedando con otras personas

En un auto

En un hotel

En un edificio abandonado

En un refugio

En una estación de autobuses o de tren

En la calle

En un parque

En una playa

Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido a usted (afiliado/a) asistir a citas médicas, reuniones o el trabajo, o le ha impedido obtener artículos necesarios para la vida diaria?

Sí

No

Prefiero no responder

C: Su estilo de vida saludable

¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con su peso actual? (Seleccione una opción)

Estoy conforme con mi peso

No estoy conforme con mi peso, pero no estoy listo/a para hacer un cambio

Me gustaría modificar mi peso y me gustaría recibir ayuda para lograrlo

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar llamando al 855-330-8053 (TTY: 711).

Nutrición

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras consume usted (afiliado/a) a diario? (1 “porción” de fruta equivale a 1 fruta mediana; 1 porción de verduras equivale a 1 taza de verduras de hoja o ½ taza de verduras frescas)

1 a 2 porciones por día

2 a 4 porciones por día

Más de 4 porciones por día

Ninguna

Actividad física

¿Cuántos días a la semana usted (afiliado/a) hace ejercicio de alguna manera (p. ej., caminar, andar en bicicleta, nadar, yoga, entrenamiento de fuerza, tareas domésticas, rastrillar el jardín) dentro o fuera de la casa?

1 a 3 días

4 días o más

No hago ejercicio

En promedio, ¿cuántos minutos en total dedica usted (afiliado/a) a hacer ejercicio los días que hace ejercicio?

Menos de 30 minutos

Más de 30 minutos

No hago ejercicio

¿Cuántas veces en el último año ha tomado usted (afiliado/a) lo siguiente?

• 5 bebidas alcohólicas o más en un día (hombres) • 4 bebidas alcohólicas o más en un día (mujeres)

Una bebida equivale a 12 onzas de cerveza (o 1 cerveza), 5 onzas de vino (o 1 copa de vino) o 1.5 onzas de bebidas destiladas con una graduación alcohólica de 80 grados (o 1 cóctel combinado).

Una o dos veces

A diario o casi a diario

Semanalmente

Mensualmente

N/A

¿Alguna vez usted (afiliado/a) ha pensado que debería reducir la cantidad de alcohol que consume?

Sí

No

N/A

¿Cuántas veces usted (afiliado/a) ha fumado, vapeado o mascado tabaco en el último año?

Una o dos veces

A diario o casi a diario

Semanalmente

Mensualmente

N/A

¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con respecto a sus hábitos actuales de fumar, vapear o mascar tabaco?

Ya he dejado de fumar, vapear o mascar tabaco

No tengo intenciones de dejar de fumar, vapear o mascar tabaco

Planeo dejar de fumar, vapear o mascar tabaco en el futuro

Me gustaría saber cómo empezar a dejar de fumar, vapear o mascar tabaco ahora

N/A

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar llamando al **855-330-8053 (TTY: 711)**.

¿Cuántas veces en el último año ha utilizado usted (afiliado/a) medicamentos recetados por motivos no médicos?

Nunca Una o dos veces A diario o casi a diario

Semanalmente Mensualmente N/A

¿Cuántas veces en el último año ha consumido usted (afiliado/a) drogas ilegales?

Nunca Una o dos veces A diario o casi a diario

Semanalmente Mensualmente N/A

D: Su bienestar social y mental

Marque Sí, No o No aplica								
Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?		En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?		En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?		En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.	
Ansiedad	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	N/A		N/A		N/A		N/A	
Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	N/A		N/A		N/A		N/A	
Autismo	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	N/A		N/A		N/A		N/A	
Trastorno bipolar	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
	N/A		N/A		N/A		N/A	

Marque Sí, No o No aplica

Nombre de la afección	¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?		En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?		En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?		En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.	
	Sí	No	Sí	No	Sí	No	Sí	No
Depresión	N/A		N/A		N/A		N/A	
Trastorno de alimentación, como anorexia o bulimia	N/A		N/A		N/A		N/A	
Trastorno de oposición desafiante (ODD, por sus siglas en inglés)	N/A		N/A		N/A		N/A	
Trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)	N/A		N/A		N/A		N/A	
Esquizofrenia	N/A		N/A		N/A		N/A	

¿Toma usted (afiliado/a) medicamentos psicotrópicos recetados como antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos o estabilizadores del estado de ánimo?

Sí No N/A

¿Con qué frecuencia usted (afiliado/a) ve o habla con personas que aprecia o que siente cercanas? (Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones en iglesias o clubes)

Menos de una vez por semana 1 a 2 veces por semana 3 a 5 veces por semana

5 o más veces por semana Prefiero no responder

El estrés es cuando una persona se siente tensa, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está agitada. ¿Qué tan estresado/a se siente usted (afiliado/a)?

Para nada estresado/a Algo estresado/a Bastante estresado/a Muy estresado/a

Demasiado estresado/a Prefiero no responder

¿Necesita usted (afiliado/a) ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, preparar comidas, comprar y/o administrar las finanzas?

Sí No, no necesito ayuda

Si usted (afiliado/a) necesita ayuda con las actividades de la vida diaria, ¿cuánta ayuda necesita?

Obtengo la ayuda que necesito

Necesito mucha más ayuda

Necesito un poco más de ayuda

Signos de violencia doméstica

Le hacemos las siguientes preguntas a todos nuestros afiliados porque entendemos que la violencia doméstica puede afectar su salud general. Tiene la opción de no responder a ninguna de las preguntas si esto le resulta incómodo. Estas preguntas son confidenciales y no se pueden compartir con nadie sin su permiso por escrito. Sin embargo, conforme a las leyes sobre la obligación de denunciar, se puede reportar información compartida relacionada con abuso infantil, abuso de una persona discapacitada, abuso de un adulto mayor, heridas de bala o lesiones que pongan en riesgo la vida. **Las siguientes preguntas se aplican al/a la afiliado/a.**

¿Alguna vez ha recibido de su pareja un golpe, patada, puñetazo, bofetada o empujón?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Su relación le hace sentir amenazado/a, avergonzado/a o inseguro/a en su hogar?

Sí

No

Prefiero no responder

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores y se siente cómodo/a compartiéndolo.

¿Ha empeorado la relación o se está volviendo más atemorizante?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Su pareja o familiar le vigila de cerca, le sigue o acosa?

Sí

No

Prefiero no responder

Si su pareja o familiar está hoy aquí con usted, ¿tiene miedo de irse con él/ella?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Alguna vez su pareja o familiar le ha obligado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?

Sí

No

Prefiero no responder

¿Hay niños en casa?

Sí

No

Prefiero no responder

Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido amenazas o abusos directos contra los niños?

Sí

No

Prefiero no responder

Recursos:

Número de la Línea directa estatal contra abusos: **800-962-2873 (800-96-ABUSE)**

Número de la Línea directa estatal contra la violencia doméstica: **800-500-1119**

Número de la Línea directa estatal de crisis por violación: **888-956-7273 (888-956-RAPE)**

Los coordinadores del cuidado de la salud de Humana también están disponibles: **800-229-9880**

E: Salud de la mujer. Si no corresponde, omite esta sección.

En el último año, ¿se ha realizado usted (afiliada) una prueba de papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino?

Sí No N/A

¿Está usted (afiliada) embarazada?

Sí No N/A

E1: Si usted (afiliada) está embarazada: (si no corresponde, proceda a la sección E2).

a. ¿Cuál es su fecha de parto? _____

b. ¿Se notificó el embarazo al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Florida?

Sí No

Si la respuesta es **no**, comuníquese con el DCF para informarle sobre el embarazo.

c. ¿Le han diagnosticado a usted (afiliada) presión arterial alta durante este embarazo?

Sí No

d. ¿Actualmente usted (afiliada) tiene diabetes o le han diagnosticado diabetes durante este embarazo?

Sí No

e. ¿La han referido a usted (afiliada) a un médico obstetra (OB) de alto riesgo durante este embarazo?

Sí No

f. Si la refirieron a un médico obstetra (OB) de alto riesgo, ¿cuál fue el motivo del referido?

E2: ¿Ha estado usted (afiliada) embarazada anteriormente?

Sí No Sí, pero nunca di a luz a un niño vivo N/A

Si usted (afiliada) ha estado embarazada anteriormente:

a. ¿Ha tenido un bebé antes de las 37 semanas de embarazo?

Sí No

b. ¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?

Sí No

c. ¿Ha tenido una cesárea?

Sí No

Prevención del embarazo

¿Qué método utiliza actualmente (afiliado/a) para prevenir un embarazo, si corresponde?

Preservativo	Vasectomía
Anticonceptivos orales	Histerectomía
Espuma, espermicidas, lámina anticonceptiva femenina u óvulos	Nada
Inyección de Depo Provera, DIU o implantes	Yo/mi pareja y yo estamos buscando un embarazo
Método del ritmo o coito interrumpido (retirada)	N/A
Ligadura de trompas	

Hable de su salud sexual con su proveedor en la próxima consulta para ver si necesita alguna prueba o consejos de prevención para enfermedades de transmisión sexual además de la prevención del embarazo.

F: Afiliados/as de 3 años o menos. Si no corresponde, proceda a la sección G.

¿Nació el niño (afiliado/a) más de cinco semanas antes de la fecha prevista para el parto?

Sí No

¿Tuvo el niño (afiliado/a) alguna complicación de la vista, respiratoria o de alimentación y desarrollo del crecimiento?

Sí No

¿Cumple el niño (afiliado/a) sus hitos de desarrollo? (Por ejemplo, a los 2 meses mantiene la cabeza erguida cuando está boca abajo; a los 6 meses cambia de posición de boca abajo a boca arriba; a los 12 meses se pone de pie; a los 18 meses es capaz de beber de un vaso)

Sí No

G: Afiliados/as de 20 años o menos. Si no corresponde, omite esta sección, responda la pregunta final, firme y envíenos este documento.

¿Tiene usted (padre/madre/cuidador) alguna inquietud sobre el desarrollo o comportamiento del niño (afiliado/a) en el hogar o en la escuela?

Sí No N/A

¿Está el niño (afiliado/a) al día con todas las vacunas?

Sí No

En caso negativo, ¿por qué no?

No hay un motivo concreto Obstáculo (como transporte, cuidado infantil o elección)
Preferencia religiosa o personal

¿Está expuesto el niño (afiliado/a) al humo de segunda mano, como el de los cigarrillos o vapeadores?

Sí No

¿El niño (afiliado/a) fuma cigarrillos electrónicos, vapea o consume tabaco sin humo?

Sí No

¿Suele el niño (afiliado/a) preocuparse o tener algún miedo que afecte significativamente su salud y actividades diarias?

Sí No

En los últimos 6 meses, ¿el consumo de alcohol o drogas ha afectado la vida del niño (afiliado/a)?

Sí No

¿Necesita usted (afiliado/a) ayuda y le gustaría hablar con un coordinador de cuidados de enfermería o con un profesional de la salud del comportamiento? (Marque todas las opciones que correspondan)

Sí, me gustaría hablar con un coordinador de cuidados de enfermería para obtener asistencia con el manejo médico de mi salud y mi enfermedad

Sí, me gustaría hablar con un profesional de la salud del comportamiento para obtener asistencia con mi salud mental

No, no necesito ayuda en este momento

Comentarios adicionales

Firma

Fecha

ENGLISH: This information is available for free in other languages and formats. Please contact our Customer Service number at **800-477-6931**. If you use **TTY**, call **711**, Monday – Friday, 8 a.m. to 8 p.m.

SPANISH: Esta información está disponible gratuitamente en otros idiomas y formatos. Comuníquese con nuestro Servicio al Cliente llamando al **800-477-6931**. Si usa un **TTY**, marque **711**. El horario de atención es de lunes a viernes de 8 a.m. a 8 p.m.

CREOLE: Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang ak fòm. Tanpri kontakte nimewo Sèvis Kliyan nou an nan **800-477-6931**. Si ou itilize **TTY**, rele **711**, Lendi - Vandredi, 8 a.m. a 8 p.m.

FRENCH: Ces informations sont disponibles gratuitement dans d'autre langues et formats. N'hésitez pas à contacter notre service client au **800-477-6931**. Si vous utilisez un appareil de télétype (**TTY**), appelez le **711** du lundi au vendredi, de 8h00 à 20h00.

ITALIAN: Queste informazioni sono disponibili gratuitamente in altre lingue e formati. La preghiamo di contattare il servizio clienti al numero **800-477-6931**. Se utilizza una telescrivente (**TTY**), chiami il numero **711** dal lunedì al venerdì tra le 8 e le 20:00.

RUSSIAN: Данную информацию можно получить бесплатно на других языках и в форматах. Для этого обратитесь в отдел обслуживания клиентов по номеру **800-477-6931**. Если Вы пользователь **TTY**, звоните по номеру **711** с понедельника по пятницу, с 8.00 до 20.00.

Auxiliary aids and services, free of charge, are available to you.
800-477-6931 (TTY: 711), Monday through Friday, from 8:00 a.m. to 8:00 p.m., Eastern time.

Humana Inc. and its subsidiaries comply with Section 1557 by providing free auxiliary aids and services to people with disabilities when auxiliary aids and services are necessary to ensure an equal opportunity to participate. Services include qualified sign language interpreters, video remote interpretation, and written information in other formats.

English: ATTENTION: If you do not speak English, language assistance services, free of charge, are available to you.
Call **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Español: (Spanish) ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.
Llame al **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Kreyòl Ayisyen: (French Creole) ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou.
Rele **800-477-6931 (TTY: 711)**.

Tiếng Việt: (Vietnamese) CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.
Gọi số **800-477-6931 (TTY: 711)**.

This notice is available at [Humana.com/FloridaAccessibility](https://www.humana.com/FloridaAccessibility).

Humana Healthy Horizons in Florida is a Medicaid product of Humana Medical Plan, Inc.

FLHMEDREN_ITN25_Approved