

Prueba de Detección de Riesgos para la Salud

Para garantizar que usted (o alguien que quiere) reciba el mejor cuidado, nos gustaría hacerle algunas preguntas. Esta encuesta tomará aproximadamente cinco minutos. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales y no afectarán los beneficios de su plan de salud.

Nombre del/de la afiliado/a _____

Dirección del/de la afiliado/a _____

Teléfono del/de la afiliado/a _____ Teléfono celular del/de la afiliado/a _____

Correo electrónico del/de la afiliado/a _____

¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Humana (por ejemplo, recordatorios, cartas y materiales educativos)? (Marque todo lo que corresponda.)

Mensaje de texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento del/de la afiliado/a _____ Edad _____

Número de identificación /de la afiliado/a _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Fecha en que se completó _____

Ahora nos gustaría hacerle algunas preguntas demográficas y de preferencias adicionales, que nos ayudarán a personalizar su plan de salud y su experiencia de apoyo de cuidado.

1. ¿Cuál es su raza o etnia? (Se pueden seleccionar una o más)

Indígena americano o Nativo de Alaska
Asiático
Negro o Afroamericano
Hispano o Latino
Del Medio Oriente o Norte de África

Nativo de Hawái o de Otras Islas del Pacífico
Blanco
Otra. Describa: _____
Prefiero no responder esta pregunta

2. ¿Habla un idioma que no sea el inglés en casa?

Sí No Prefiero no responder esta pregunta

2a. En caso afirmativo, describa:

Español Tagalo Árabe
Chino Vietnamita Otro: _____

2b. ¿Usted o su cuidador necesitan servicios de traducción?

Sí No

Humana
Healthy Horizons®
in Oklahoma

Prueba de Detección de Riesgos para la Salud — continuación

3. ¿Usted o su cuidador presentan alguna de las siguientes barreras para la comunicación? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Trastorno Auditivo	Retrasos en el Desarrollo	Ninguna
Trastorno Visual	No verbal	Prefiero no responder esta pregunta
Otra. Describa: _____		

4. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

Femenino	No disponible
Masculino	Prefiero no responder esta pregunta

5. ¿Con qué género se identifica actualmente? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Femenino	Hombre transgénero/hombre trans que transicionó de mujer a hombre
Masculino	Mujer transgénero/mujer trans que transicionó de hombre a mujer
Otro	Género fluido/no binario, ni hombre ni mujer exclusivamente
Prefiero no responder esta pregunta	

6. ¿Cuáles son sus pronombres? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Él	Ellx/elle	Prefiero no responder esta pregunta
Ella	Otro	

7. ¿Cuál es su orientación sexual? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Heterosexual	Bisexual	No lo sé
Lesbiana, gay u homosexual	Otra	Prefiero no responder esta pregunta

8. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Tengo vivienda
No tengo vivienda (me quedo con otros, en un hotel, en un refugio; vivo en la calle, en la playa, en un automóvil o en un parque)
Prefiero no responder esta pregunta

9. ¿Le preocupa perder su vivienda?

Sí	No	Prefiero no responder esta pregunta
----	----	-------------------------------------

Encuesta de Riesgos para la Salud — continuación

10. En el último año, ¿usted o alguno de los miembros de su familia con quienes vive no ha podido obtener alguna de las siguientes opciones cuando era realmente necesaria?

Alimentos	Sí	No
Ropa	Sí	No
Servicios públicos	Sí	No
Cuidado de niños	Sí	No
Medicamento o cualquier tipo de cuidado de la salud (Médico, Dental, Salud Mental, de la Vista)	Sí	No
Teléfono	Sí	No
Otra	Sí	No

Describa: _____

Prefiero no responder esta pregunta

11. ¿La falta de transporte le ha imposibilitado asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas que necesita para el día a día? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Sí, me ha impedido asistir a citas médicas

Sí, me ha impedido asistir a citas no médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas que necesito

No

Prefiero no responder esta pregunta

12. En las últimas dos semanas, ¿qué tan a menudo le han molestado los siguientes problemas?

Tener poco interés o placer en hacer cosas

Para nada

Más de la mitad de los días

Varios días

Casi todos los días

Sentirse triste, deprimido o desesperanzado

Para nada

Más de la mitad de los días

Varios días

Casi todos los días

Sentirse nervioso, ansioso o muy alterado

Para nada

Más de la mitad de los días

Varios días

Casi todos los días

No poder parar ni controlar sus preocupaciones

Para nada

Más de la mitad de los días

Varios días

Casi todos los días

13. ¿Cómo describe su salud?

Excelente

Buena

Mala

Muy buena

Regular

Encuesta de Riesgos para la Salud — continuación

14. Si es mujer, ¿Está Embarazada?

Sí

No

15. ¿Qué afecciones de salud tiene actualmente?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)
Asma
Trastorno bipolar
Cáncer
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)
Depresión/ansiedad

Diabetes
Insuficiencia cardíaca
Hepatitis
Presión arterial alta
Virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés)

Insuficiencia renal
Esquizofrenia
Otra:

16. Actualmente, ¿toma medicamentos recetados?

Sí

No

No corresponde

16a. ¿Puede obtener todos los medicamentos cuando los necesita?

Sí

No

No corresponde

16b. ¿Los está tomando según lo indicado?

Sí

No

No corresponde

17. ¿A qué tipo de citas de cuidado de la salud ha asistido en los últimos 12 meses?

(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Salud física/citas médicas. Fechas de las citas: _____

Salud mental o del comportamiento. Fechas de las citas: _____

Salud dental. Fechas de las citas: _____

18. ¿Tiene alguna cita o procedimiento pendiente?

Salud física/citas médicas. Fechas de las citas: _____

Salud mental o del comportamiento. Fechas de las citas: _____

Salud dental. Fechas de las citas: _____

19. ¿Usted o su cuidador necesitan ayuda para organizar sus servicios de salud?

Sí. Describa la ayuda que necesita: _____

No

Encuesta de Riesgos para la Salud — continuación

20. ¿Ha acudido a la Sala de Emergencias (ER, por sus siglas en inglés) en los últimos seis meses? ¿Cuántas veces y por qué?

1 vez	3 veces	5 veces
2 veces	4 veces	Más de 5 veces

Describa por qué acudió a la ER: _____

No he acudido a la ER en los últimos seis meses.

21. ¿Ha pasado la noche en el hospital (sin incluir el Departamento de Emergencias) en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces?

1 vez	3 veces	5 veces
2 veces	4 veces	Más de 5 veces

Describa los motivos de sus hospitalizaciones: _____

No he pasado la noche en el hospital.

22. ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?
(Seleccione todas las opciones que correspondan)

Vestirse	Moverse	Tomar sus medicamentos diarios
Bañarse/asearse	Cocinar/preparar comidas	Utilizar el baño
Comer	Trasladarse	Otra. Describa:

23. ¿Usted tiene un cuidador?

Sí. ¿Cuál es su relación con su cuidador? _____ No

23a. ¿Usted y su cuidador se sienten seguros física y emocionalmente donde usted vive actualmente?

Sí	No estoy seguro
No	Prefiero no responder esta pregunta

24. En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja, expareja, cuidador o alguien en su hogar?

Sí	No estoy seguro
No	Prefiero no responder esta pregunta

25. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que usted quiere y con las que se siente cercano?
(Por ejemplo: hablar por teléfono con amigos, visitar a amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones sociales)

Menos de una vez por semana	6 o más veces por semana
1 o 2 veces por semana	Prefiero no responder esta pregunta
3 a 5 veces por semana	

25a. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre esto?

Sí	No
----	----

Encuesta de Riesgos para la Salud — continuación

26. Durante el último año, ¿ha deseado poder detener o reducir alguna de las siguientes actividades? (Seleccione todas las opciones que correspondan)

Beber alcohol

Consumir tabaco o productos con nicotina (como cigarrillos, puros, tabaco para inhalar o masticar, cigarrillos electrónicos o vapeadores)

Apostar

Consumir drogas ilegales o medicamentos recetados por razones no médicas

Otra: _____

Ninguna de las anteriores

