

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

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **855-223-9868 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., hora central.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish) Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Tiếng Việt (Vietnamese) Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

繁體中文 (**Chinese**) 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

한국어 (**Korean**) 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Deutsch (German) Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

العربية (**Arabic**): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

မြန်မာနိုင်ငံ (**Burmese**) အခမဲ့ ဘာသာစကား အကူအညီ ဝန်ဆောင်မှုများ ရယူရန် အထက်ပါ ဖုန်းနံပါတ်ကို ခေါ်ဆိုပါ။

Hmoob (Hmong) Hu rau tus xov tooj saum toj sauv kom tau txais kev pab txhais lus dawb.

Tagalog (Tagalog – Filipino) Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libheng serbisyong sa tulong sa wika.

Français (French) Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

ພາສາລາວ (**Lao**): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການ ຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາພາລີ.

ภาษาไทย (**Thai**): โทรศัพท์ที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

وَدُرًا (**Urdu**) مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

tsalagi gawonihisdi (Cherokee) ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ ᏈᏃᏃᏃ

فارسی (**Farsi**) دیریگب سامت قوفه ر امشد اب ناگیار ت ر وصدی نابز تلایهست تفایرد ی ارب

Este aviso está disponible en [es-www.humana.com/OklahomaDocuments](https://www.humana.com/OklahomaDocuments).

Humana Healthy Horizons in Oklahoma es un producto de Medicaid de Humana Wisconsin Health Organization Insurance Corporation.