

Prueba de detección de riesgos para la salud

Para asegurarnos de que usted (o alguien importante en su vida) esté recibiendo el mejor cuidado, nos gustaría hacerle algunas preguntas. Esto le tomará unos cinco minutos. Todas sus respuestas serán privadas y no afectarán los beneficios del plan de salud.

Nombre del/de la afiliado/a _____

Dirección del/ de la afiliado/a _____

Teléfono del/de la afiliado/a _____ 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 (p. ej., recordatorios, cartas y materiales educativos)? (Marque todas las opciones que correspondan) Texto Correo electrónico

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

N.º de identificación del/de la afiliado/a _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Completado el _____

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

1. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Puede seleccionar una o más opciones)

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, cubano

Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano

Sí, de otro origen hispano, latino o español

Sí, puertorriqueño

2. ¿Cuál es su raza? (Puede seleccionar una o más opciones)

Blanco

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Indio americano o nativo de Alaska

3. ¿Habla en casa un idioma distinto del inglés?

Sí

No

Prefiero no responder a esta pregunta

3a. Si la respuesta es afirmativa, describa:

Español

Tagalo

Árabe

Chino

Vietnamita

Otro: _____

3b. ¿Necesita usted o su cuidador servicios de traducción?

Sí

No

Humana Healthy Horizons® in Oklahoma

Prueba de detección de riesgos para la salud — continuación

4. ¿Tiene usted o su cuidador alguna de las siguientes barreras de comunicación?

(Marque todas las opciones que correspondan)

Problema auditivo	Retraso en el desarrollo	Ninguna
Problema visual	No verbales	Prefiero no responder a esta pregunta
Otro (describa): _____		

5. ¿Cuál era su sexo al nacer?

Femenino	No disponible
Masculino	Prefiero no responder a esta pregunta

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

Femenino	Mujer a hombre/hombre transgénero/hombre trans
Masculino	Hombre a mujer/mujer transgénero/mujer trans
Otro	Intergénero/no binario, no exclusivamente masculino ni femenino
Prefiero no responder a esta pregunta	

7. ¿Cuáles son sus pronombres? (Marque todas las opciones que correspondan)

Él	Ellos	Prefiero no responder a esta pregunta
Ella	Otro	

8. ¿Cuál es su orientación sexual? (Marque todas las opciones que correspondan)

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

9. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Tengo vivienda	No tengo un lugar estable para vivir (estoy alojándome con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo fuera en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)
Prefiero no responder a esta pregunta	

10. ¿Le preocupa perder su vivienda?

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

11. En el último año, ¿usted o algún miembro de la familia con el que vive no ha podido conseguir alguna de las siguientes cosas cuando era realmente necesaria?

Comida	Medicamentos o cualquier cuidado de la salud (médico, dental, salud mental, de la vista)
Ropa	Teléfono
Servicios públicos	Otro (describa): _____
Guardería	Prefiero no responder a esta pregunta

Encuesta de riesgos para la salud — continuación

12. ¿Le ha impedido la falta de transporte realizar alguna de las siguientes cosas u otras cosas necesarias para la vida diaria? Marque todas las opciones que correspondan.

Llegar a citas médica	Obtener cosas que necesito
Obtener medicamentos	No, la falta de transporte no ha generado ninguna dificultad
Asistir a reuniones no médicas	Prefiero no responder a esta pregunta
Obtener citas	
Ir al trabajo	

13. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado los siguientes problemas?

Tener poco interés o placer por hacer cosas

Nada en absoluto	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

Sentirse triste, deprimido o desesperado

Nada en absoluto	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

Sentirse nervioso, ansioso o tenso

Nada en absoluto	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

No poder detener o controlar la preocupación

Nada en absoluto	Más de la mitad de los días
Varios días	Casi todos los días

14. ¿Cómo describiría su salud?

Excelente	Buena	Mala
Muy buena	Regular	

15. (Mujeres) ¿Está embarazada?

Sí	No
----	----

16. ¿De qué afecciones de salud padece actualmente? (Marque todas las opciones que correspondan)

Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	Diabetes	Insuficiencia renal
Asma	Insuficiencia cardíaca	Esquizofrenia
Trastorno bipolar	Hepatitis	Otro: _____
Cáncer	Presión arterial alta	_____
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica o EPOC (COPD, por sus siglas en inglés)	Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)	
Depresión/ansiedad		

Encuesta de riesgos para la salud — continuación

17. ¿Toma actualmente medicamentos recetados?

Sí	No	N/A
----	----	-----

17a. ¿Puede obtener todos los medicamentos cuando los necesita?

Sí	No	N/A
----	----	-----

17b. ¿Los está tomando según las indicaciones?

Sí	No	N/A
----	----	-----

18. ¿A qué tipo de consultas de cuidados de la salud ha acudido en los últimos 12 meses?

(Marque todas las opciones que correspondan)

Salud física/médica — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

Salud mental o del comportamiento — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

Dental — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

19. ¿Tiene alguna cita o procedimiento pendiente?

Salud física/médica — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

Salud mental o del comportamiento — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

Dental — Fecha(s) de la(s) cita(s) _____

20. ¿Necesita usted o su cuidador ayuda para organizar sus servicios de salud?

Sí. Describa la ayuda que necesita: _____ No

21. ¿Ha acudido a la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) en los últimos 6 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 sala de emergencias (ER): _____

No he acudido a la sala de emergencias (ER) en los últimos seis meses.

22. ¿Ha pasado alguna noche en el hospital (sin incluir el servicio de emergencias) en los últimos 6 meses? Si su respuesta es afirmativa, ¿cuántas veces?

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

Describa el motivo de su(s) hospitalización(es): _____

No he pasado la noche en el hospital.

Encuesta de riesgos para la salud — continuación

23. ¿Necesita ayuda con alguna de las cosas que se enumeran a continuación?

(Marque todas las opciones que correspondan)

Vestirse	Movilidad	Medicamentos diarios
Bañarse/asearse	Cocinar/preparar comidas	Ir al baño
Comer	Trasladarse	Otro (describa): _____

24. ¿Tiene un cuidador?

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

24a. ¿Se sienten usted y su cuidador física y emocionalmente seguros en el lugar donde viven actualmente?

Sí	No estoy seguro
No	Prefiero no responder a esta pregunta

25. En el último año, ¿ha sentido usted miedo de su pareja, ex pareja, cuidador o de alguien de su hogar?

Sí	No estoy seguro
No	Prefiero no responder a esta pregunta

26. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que le importan y con las que se siente cercano?

(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	6 o más veces por semana
1 o 2 veces por semana	Prefiero no responder a esta pregunta
3 a 5 veces por semana	

26a. ¿Le gustaría hablar con alguien sobre esto?

Sí	No
----	----

27. Durante el último año, ¿ha deseado dejar de hacer alguna de las siguientes cosas o reducir su consumo? (Marque todas las opciones que correspondan)

Beber alcohol
Consumir tabaco o productos con nicotina (como cigarrillos, puros, rapé, tabaco para mascar, cigarrillos electrónicos o vapeadores)
Participar en apuestas y juegos de azar
Tomar drogas ilegales o medicamentos recetados por razones no médicas
Otra: _____
Ninguna de las anteriores