

# Departamento de Servicios de Medicaid de Kentucky

## Evaluación de Riesgos para la Salud

Medicaid de Kentucky se compromete a ayudarlo a mantenerse saludable. Al completar la Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés), nos ayudará a alcanzar o mantener sus objetivos de cuidado de la salud. Tómese el tiempo de responder cada pregunta con la mayor precisión posible para completar las secciones 1 y 2. Una vez completada, envíe la HRA a su Organización de Cuidado Médico Administrado (MCO, por sus siglas en inglés) utilizando la información de la sección 3. La información que comparta será privada. Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar la HRA, comuníquese con un asociado de servicios de salud al **866-331-1577 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m., hora del este o a Servicios para afiliados al **800-444-9137 (TTY: 711)**, de lunes a viernes de 7 a.m. a 7 p.m., hora del este.

### Información del afiliado

Nombre: _____	Dirección: _____	
Fecha de nacimiento: _____	Edad: _____	N.º de identificación de Medicaid: _____
Organización de cuidado médico administrado: _____		
Teléfono: _____	Permite que le envíen mensajes de texto:	Sí      No
Correo electrónico: _____		
Permite el contacto por correo electrónico:	Sí      No	
Nombre del contacto de emergencia: _____	Teléfono: _____	
Fecha en que se completó: _____	¿Quién completó la HRA? _____	

### Evaluación de Riesgos para la Salud (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

#### Información del hogar

#### 1. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Tengo vivienda

Prefiero no responder esta pregunta

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)

#### 2. ¿Le preocupa perder su vivienda?

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**Humana Healthy Horizons® in Kentucky**

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**Información del hogar**

**3. 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?** Marque todas las opciones que correspondan.

- |   |                                     |                    |                  |
|---|-------------------------------------|--------------------|------------------|
| Alimentos   | Ropa                                | Servicios públicos | Cuidado de niños |
| Medicina o cualquier tipo de cuidado de la salud (médico, dental, salud mental o de la vista) |                                     |                    | Teléfono         |
| Otro _____  | Prefiero no responder esta pregunta |                    |                  |

**Tenga en cuenta:** Para conectarse con Recursos Comunitarios cerca de usted, comuníquese con United Way al **211** o al **800-543-7709**.

**4. ¿La falta de transporte le ha imposibilitado asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas que necesita para el día a día?** Marque 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        |   |

**5. ¿Cuál es su situación de trabajo actual?**

- Sin empleo                      Trabajo a medio tiempo o temporal                      Trabajo a tiempo completo
- En caso contrario, sin empleo pero no está buscando (p. ej., estudiante, retirado, discapacitado o cuidador primario no remunerado). Especifique:
- \_\_\_\_\_
- Prefiero no responder esta pregunta

**Información de salud**

**6. ¿Está embarazada?**

- |  |           |
|--|-----------|
| Sí. Si la respuesta es afirmativa, fecha de parto: _____ | No        |
| Prefiero no responder esta pregunta                      | No aplica |

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**Información de salud**

**7. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó alguna de las siguientes afecciones?** Marque todas las opciones que correspondan.

- |  |   |                       |                                   |
|--|---|-----------------------|-----------------------------------|
| Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD, por sus siglas en inglés)  | Alergias                                | Ansiedad              |                                   |
| Asma   | Trastorno del espectro autista          | Trastorno bipolar     |                                   |
| Cáncer (en tratamiento activo)   | Enfermedad pulmonar obstructiva crónica |                       |                                   |
| Depresión  | Retraso en el desarrollo                | Diabetes              | Trastorno de la alimentación      |
| Enfermedad cardíaca  | Hepatitis                               | Presión arterial alta |                                   |
| Virus de inmunodeficiencia humana/síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) |   |                       |                                   |
| Enfermedad renal   | Obesidad                                | Esquizofrenia         | Enfermedad de células falciformes |
| Trastorno por consumo de sustancias  | No tengo ninguna de estas afecciones    |                       |                                   |
| Otro _____   | Prefiero no responder esta pregunta     |                       |                                   |

**8. ¿Entiende sus afecciones de salud y cómo cuidarse para mantenerse saludable?**

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

**9. En los últimos seis meses, ¿cómo calificaría su salud en general?**

- |           |                                     |       |         |
|-----------|-------------------------------------|-------|---------|
| Excelente | Muy Buena                           | Buena | Regular |
| Mala      | Prefiero no responder esta pregunta |       |         |

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

Marque todas las opciones que correspondan.

- |                                     |                                   |                         |
|-------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Salud física/citas médicas          | Salud mental o del comportamiento |                         |
| Cuidado dental                      | Noche de hospitalización          | No acudí a ninguna cita |
| Prefiero no responder esta pregunta |                                   |                         |

**11. ¿Ha acudido a la Sala de Emergencias en los últimos seis meses? ¿Cuántas veces y por qué?**

- |                 |   |               |                |
|-----------------|---|---------------|----------------|
| No              | Sí, una vez   | Sí, dos veces | Sí, tres veces |
| Sí, cinco veces | Sí, más de cinco veces. Si la respuesta es afirmativa, por qué: |               |                |

\_\_\_\_\_

Prefiero no responder esta pregunta

**Información de salud**

**12. ¿Tiene sus vacunas al día?**

- |                                     |    |          |
|-------------------------------------|----|----------|
| Sí                                  | No | No lo sé |
| Prefiero no responder esta pregunta |    |          |

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**13. ¿Le interesa aprender más sobre hábitos de alimentación saludable o cómo bajar de peso?**

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**14. ¿Es sordo, tiene algún problema auditivo o gran dificultad para oír?**

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**15. ¿Es ciego o tiene dificultades graves para ver, incluso cuando usa anteojos?**

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**16. ¿Necesita ayuda para realizar actividades diarias?** (p. ej., obtener medicamentos, administrar medicamentos, bañarse y arreglarse, comer, vestirse, preparar la comida, gestionar sus finanzas, acceder al cuidado de la salud, caminar, subir escaleras o hacer mandados de forma independiente).

No necesito ayuda

Recibo toda la ayuda que necesito

Agradecería apoyo adicional

Prefiero no responder esta pregunta

**17. ¿Cuántos medicamentos recetados y de venta sin receta toma por día?**

Ninguno

Entre 1 y 3

Entre 4 y 7

8 o más

Prefiero no responder esta pregunta

**Información de la salud del comportamiento**

**18. ¿Con qué frecuencia hace actividad física?**

2 o 3 veces por  
semana

Una vez por  
semana

Rara vez

Nunca

Prefiero no responder esta pregunta

**19. ¿El consumo de alcohol o drogas le ha dificultado trabajar, mantener vínculos o satisfacer sus necesidades diarias?**

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**20. ¿Consume tabaco, productos con tabaco, productos con nicotina, cigarrillos electrónicos o vapeadores?** Marque todas las opciones que correspondan.

Sí

No

Me gustaría recibir ayuda para abandonar el consumo

Prefiero no responder esta pregunta

**Tenga en cuenta:** Si le gustaría recibir ayuda para dejar de vapear, fumar y consumir tabaco, llame al **800-QUIT-NOW (784-8669)**.

**21. ¿Consume alguna sustancia o medicamento recetado que no se le haya recetado?**

Sí

No

Prefiero no responder esta pregunta

**Tenga en cuenta:** El uso indebido de sustancias puede causarle lesiones graves o la muerte. Llame al **800-662-HELP (4357)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para recibir ayuda sobre tratamientos cerca de usted.

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**Información de la salud del comportamiento**

**22. ¿Tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?**

Nunca                      Rara vez                      Algunas veces                      Siempre  
Prefiero no responder esta pregunta

**23. ¿Con qué frecuencia ve o habla con personas que quiere y con las que se siente cercano?**

(p. ej., hablar con amigos por teléfono, visitar amigos o familiares, ir a la iglesia o a reuniones en el club).

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

**24. El estrés es cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque está preocupado. ¿Qué tan estresado está?**

Para nada                      Muy poco                      Algo                      Bastante  
Mucho                      Prefiero no responder esta pregunta

**25. ¿Se siente seguro física y emocionalmente donde vive actualmente?**

Sí                      No                      No estoy seguro  
Prefiero no responder esta pregunta

**26. En el último año, ¿le ha tenido miedo a su pareja o expareja?**

Sí                      No                      No estoy seguro  
No he tenido pareja en el último año                      Prefiero no responder esta pregunta

**27. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, una prisión, un centro de detención o un centro correccional juvenil?**

Sí                      No                      Prefiero no responder esta pregunta

**Tenga en cuenta:** Para asistencia de seguridad, llame al **800-799-SAFE** para obtener ayuda si alguien cercano le hace sentir inseguro.

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

**28. ¿Tiene poco interés o placer al hacer cosas?**

Para nada                      Varios días                      Más de la mitad de                      Casi todos  
los días                      los días                      los días  
Prefiero no responder esta pregunta

**29. ¿Tiene sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza?**

Para nada                      Varios días                      Más de la mitad de                      Casi todos  
los días                      los días                      los días  
Prefiero no responder esta pregunta

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**Información de la salud del comportamiento**

**30. ¿Piensa en lastimarse o lastimar a otros?**

Para nada

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

Prefiero no responder esta pregunta

**Tenga en cuenta:** Llame o envíe un mensaje de texto al **988** para obtener ayuda si piensa en lastimarse.

**Información general**

**31. ¿Cuál fue su sexo al nacer?**

Prefiero no responder esta pregunta  
No disponible

Femenino

Masculino

**32. ¿Con qué género se identifica actualmente?** Marque todas las opciones que correspondan.

Prefiero no responder esta pregunta  
Mujer a hombre/hombre transgénero/  
hombre trans  
Género fluido/no binario, ni  
hombre ni mujer exclusivamente

Femenino

Masculino

Hombre a mujer/mujer transgénero/  
mujer trans

Otro \_\_\_\_\_

**33. ¿Cuál es su orientación sexual?** Marque todas las opciones que correspondan.

Prefiero no responder esta pregunta  
Lesbiana, gay u homosexual  
Otra

Heterosexual

Bisexual

No lo sé

**34. ¿Cuáles son sus pronombres?** Marque todas las opciones que correspondan.

Prefiero no responder esta pregunta  
Elx/elle

Él

Ella

Otro \_\_\_\_\_

**35. ¿Cuál es su raza?** Marque todas las opciones que correspondan.

Prefiero no responder esta pregunta  
Asiático  
Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico  
No está en la lista \_\_\_\_\_

Estadounidense Nativo o Nativo de Alaska

Negro o Afroamericano

Del Medio Oriente

Blanco

No lo sé

**Evaluación de Riesgos para la Salud** (Seleccione todas las respuestas que correspondan a su situación).

**Información general**

**36. ¿Cuál es su Origen Étnico?** Marque todas las opciones que correspondan.

Prefiero no responder esta pregunta	Africano	Afroamericano
Estadounidense	Asiático	Brasileño
Isleño del Caribe	Centroamericano	Chino
Cubano	Dominicano	Africano del Este
Inglés	Egipcio	Etíope
Filipino	Francés	Alemán
Haitiano	Hispano	Hondureño
Irlandés	Italiano	Israelí
Japonés	Coreano	Laosiano
Libanés	Mexicano	Mexicano- Estadounidense
Marroquí	Estadounidense Nativo	Nigeriano
Polaco	Portugués	Puertorriqueño
Salvadoreño	Sudafricano	Sudamericano
Vietnamita	Africano del Oeste	Origen étnico que no está en la lista

No lo sé

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

Prefiero no responder esta pregunta	Sí	No
	Si la respuesta es afirmativa, qué idioma: _____	

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para obtener más información sobre sus preguntas y necesidades. Según sus respuestas, puede ser elegible para participar en un excelente programa llamado “coordinación del cuidado”. Si usted acepta la coordinación del cuidado, podemos ayudarle a recibir el cuidado adecuado.

**1. Cómo enviar su Evaluación de Riesgos para la Salud completada**

Luego de completar la evaluación, devuelva este documento utilizando la información del cuadro a continuación.

<b>Organización de cuidado médico administrado</b>	Humana Healthy Horizons® in Kentucky
<b>Número de contacto</b>	<b>866-331-1577 (TTY: 711) o 800-444-9137 (TTY: 711)</b>
<b>Correo electrónico</b>	<b>medicaidhra@humana.com</b>
<b>Fax</b>	888-899-6741
<b>Correo</b>	Humana Healthy Horizons in Kentucky P.O. Box 14823 Lexington, KY 40512-4823

**2. La Organización de Cuidado Médico Administrado completará esta sección una vez que se haya devuelto la HRA.**

Fecha en que el afiliado la completó o devolvió: _____			
Cómo se completó:	Teléfono Por la aplicación móvil	En línea Otro _____	Correo En persona
Motivos de la HRA:	Inicial Necesidades de cuidado	Anual Plan de cuidado	Solicitud del afiliado
Puntuación de riesgo: _____	Riesgos para la salud: _____		
Afecciones crónicas/complejas: _____			
Se ofreció coordinación del cuidado: Sí      No		Fecha: _____	¿Está inscrito?: Sí      No
Servicios de MCO ofrecidos: _____			
Referidos a recursos o servicios de la comunidad: _____ _____ _____ _____ _____			



Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **800-444-9137 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m., hora del este.

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.

**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。

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

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

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

**Srpsko-hrvatski (Serbo-Croatian):** Nazovite gore navedeni broj ako želite besplatne usluge jezične pomoći.

**日本語 (Japanese):** 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

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

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

**Deutsch (Pennsylvania Dutch):** Ruf die Nummer owwe fer koschdefrei Hilf in dei eegni Schprooch.

**नेपाली (Nepali):** निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस् ।

**Oroomiffa (Oromo):** Tajaajila gargaarsa afaan argachuudhaf bilbila armaan oli irratti bilbilaa.

**Русский (Russian):** Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

**Tagalog (Tagalog – Filipino):** Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

**Ikirundi (Bantu – Kirundi):** Hamagara izo numero ziri hejuru uronswe ubufasha kwa gusa bw'uwugusobanurira mu rurimi wumva.

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

Humana Healthy Horizons in Kentucky es un Producto de Medicaid de Humana Health Plan Inc.