Comience su encuesta

Medicaid de South Carolina se siente honrado de ser parte de su equipo de cuidado de la salud. Al completar esta Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA, por sus siglas en inglés) opcional, usted nos ayuda a conocerle mejor y entender sus necesidades de salud, para que podamos brindarle el apoyo, los recursos y el cuidado adecuados. Sus respuestas se mantienen confidenciales y no afectarán los beneficios de su plan.

La encuesta está diseñada para ser rápida y respetuosa con su privacidad, y tarda unos cinco minutos en completarse. Si tiene alguna pregunta o desea ayuda con la HRA, comuníquese con Servicios para Afiliados al 866-432-0001. Estamos aquí para apoyarle y trabajar juntos hacia sus objetivos de salud.

Información del Afiliado

Nombre del afiliado _____

Dirección del afiliado _____

Teléfono del afiliado _____ Teléfono alternativo del afiliado _____

Correo electrónico del afiliado _____

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

☐ Mensajes de texto ☐ Correo electrónico

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Edad _____

Identificación de Afiliado de Humana _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Fecha en que se completó la encuesta _____

1. ¿Está completando este formulario en nombre de otra persona?

☐ No ☐ Sí

En caso afirmativo, ¿cuál es su nombre y relación con el afiliado? (¿Nombre?)

_____

(Marque su relación):

☐ Padre o madre	☐ Cónyuge	☐ Tutor legal	☐ Cuidador
☐ Hermano(a)	☐ Otro (Indique la relación): _____		

Humana Healthy Horizons®

Healthy Connections

2. ¿Cuál es su idioma de preferencia?

	Hablado	Escrito
Inglés	☐	☐
Español	☐	☐
Árabe	☐	☐
Francés	☐	☐
Ruso	☐	☐
Vietnamita	☐	☐
*Otro	☐	☐

*Si es otro, ¿cuál es su idioma de preferencia? _____

3. ¿Tiene algún problema con la audición, como ser sordo o tener dificultades auditivas?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

4. ¿Tiene dificultad para ver, incluso cuando usa anteojos?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

5. ¿Qué afecciones de salud tiene actualmente o para qué afecciones está recibiendo tratamiento?

☐ Alergias	☐ Ansiedad	☐ Asma	☐ Trastorno del espectro autista
☐ Trastorno bipolar	☐ Cáncer	☐ Demencia	☐ Depresión
☐ Diabetes	☐ Trastorno de la alimentación	☐ Enfisema/enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC, por sus siglas en inglés)/otro problema de pulmón	
☐ Insuficiencia cardíaca	☐ Hepatitis/otra afección del hígado	☐ Presión arterial alta	
☐ Colesterol alto	☐ Virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés)	☐ Enfermedad renal/insuficiencia renal con diálisis	
☐ Esquizofrenia	☐ Anemia falciforme	☐ Accidente cerebrovascular	☐ Trastorno por consumo de sustancias
☐ Obesidad	☐ Paro cardíaco previo o infarto agudo de miocardio (AMI, por sus siglas en inglés)		
☐ Prefiero no responder	☐ Ninguno		

☐ Otro (Indique la afección) _____

6. ¿Está embarazada?

☐ NO CORRES-PONDE	☐ No	☐ Sí, ¿cuál es su fecha de parto? , En caso afirmativo, ¿ha podido consultar a un proveedor de obstetricia? ☐ Sí ☐ No

7. En general, ¿cómo calificaría su salud?

☐ Excelente	☐ Muy buena	☐ Buena	☐ Regular	☐ Mala

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

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

9. ¿Está al día con sus vacunas?

☐ Sí	☐ No	☐ No lo sé

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

☐ Asuntos médicos	☐ Salud del comportamiento/ Salud mental	☐ Cuidado dental	☐ Visión

☐ Pasé la noche en el hospital y recibí tratamiento por lo siguiente: _____

☐ Prefiero no responder

11. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces acudió a la sala de emergencias?

☐ Una vez	☐ Dos veces	☐ Tres o más veces

Motivo de la(s) consulta(s) _____

☐ Ninguno	☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder

12. ¿Utiliza actualmente algún producto con nicotina como cigarrillos, vaporizadores o tabaco sin humo?

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

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

13. ¿Toma medicamentos recetados o de venta sin receta (OTC, por sus siglas en inglés) todos los días?

☐ Medicamentos recetados	☐ OTC	☐ Medicamentos recetados y OTC
☐ Ninguno	☐ Prefiero no responder	

14. ¿Actualmente consume alcohol?

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

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

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

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

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

Tenga en cuenta: El uso indebido de sustancias puede causarle lesiones graves o la muerte. Llame al 1-800-662-HELP (4357) para obtener ayuda las 24 horas del día, los 7 días de la semana para encontrar tratamiento cerca de usted.

17. ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes aspectos? (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Acceso a los medicamentos	☐ Ropa	☐ Trabajo	
☐ Recursos alimentarios	☐ Transporte	☐ Administrar las finanzas	
☐ Seguridad	☐ Cuidado personal	☐ Ninguno	☐ Prefiero no responder

☐ Otro (explique) _____

18. Debido a afecciones físicas, mentales o emocionales, ¿necesita ayuda para realizar alguna de las siguientes actividades? (Marque todas las opciones que correspondan).

☐ Bañarse	☐ Comer	☐ Vestirse	☐ Acceso/Administración de medicamentos
☐ Ir de compras	☐ Administrar las finanzas	☐ Administrar el hogar (quehaceres)	

☐ Moverse (como subir escaleras, caminar, vestirse o bañarse)

☐ Ninguno	☐ Prefiero no responder

☐ Otro (explique) _____

19. ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas necesarias para su vida diaria? (Marque todo lo que corresponda)

☐ Sí, me ha impedido ir a las citas médicas u obtener mis medicamentos.

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

☐ Ninguno	☐ Prefiero no responder

20. ¿Cuál es su situación de vivienda?

☐ Tengo un lugar estable donde vivir.

☐ Actualmente tengo vivienda, pero me preocupa perderla en el futuro.

☐ No tengo un lugar estable donde vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o en un refugio; estoy viviendo en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque).

☐ Prefiero no responder

21. ¿Necesita ayuda con la vivienda o el acceso a un refugio?

☐ Sí	☐ No	☐ Prefiero no responder

Tenga en cuenta: Para conectarse con Recursos Comunitarios cerca de usted, comuníquese con United Way llamando al 2-1-1 o enviando un mensaje de texto con la palabra “Help” (Ayuda) al 211-211, o visite SC211.org.

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

☐ Nunca	☐ Rara vez	☐ Algunas veces
☐ Siempre	☐ Prefiero no responder	

23. El estrés ocurre cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está inquieta. ¿Qué tan estresado está usted?

☐ Para nada	☐ Muy poco	☐ Algo	☐ Bastante
☐ Mucho	☐ Prefiero no responder		

24. ¿Con qué frecuencia se reúne 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 por semana	☐ De 1 a 2 veces por semana	☐ De 3 a 5 veces por semana
☐ 5 o más veces por semana	☐ Prefiero no responder	

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

Tener poco interés o placer al hacer cosas

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

Sentimientos de tristeza, depresión o desesperanza

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

26. ¿Ha pensado en hacerse daño a sí mismo o a los demás?

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

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

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

☐ Sí	☐ No	☐ No estoy seguro	☐ Prefiero no responder

28. En el último año, ¿ha tenido temor de su pareja actual o anterior?

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

29. 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

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

Información General

30. ¿Cuál es la mejor opción que describe su raza?

☐ Indio estadounidense o nativo de Alaska	☐ Asiático	☐ Negro o Afroamericano
☐ Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico	☐ Blanco	☐ No lo sé

☐ Otro (explique) _____

☐ Prefiero no responder

31. ¿Cuál es su Origen Étnico? Marque todos los que correspondan:

☐ Africano	☐ Inglés	☐ Italiano	☐ Nigeriano
☐ Afroamericano	☐ Egipcio	☐ Israelí	☐ Africano del Norte
☐ Asiático Americano	☐ Etíope	☐ Jamaiquino	☐ Polaco
☐ Brasileño	☐ Europeo	☐ Japonés	☐ Portugués
☐ Camboyano	☐ Filipino	☐ Coreano	☐ Puertorriqueño
☐ Isleño del Caribe	☐ Francés	☐ Laosiano	☐ Ruso
☐ Centroamericano	☐ Alemán	☐ Latino	☐ Salvadoreño
☐ Chino	☐ Guatemalteco	☐ Libanés	☐ Sudafricano
☐ Colombiano	☐ Haitiano	☐ Mexicano	☐ Sudamericano
☐ Cubano	☐ Hispano	☐ Mexicano-Estadounidense	☐ Sirio
☐ Dominicano	☐ Hondureño	☐ Mediooriental	☐ Vietnamita
☐ Africano del Este	☐ Iraní	☐ Marroquí	☐ Africano del Oeste
☐ Europeo del Este	☐ Irlandés	☐ Estadounidense Nativo	

☐ Origen étnico no incluido en la lista (indique su origen étnico) _____

☐ No lo sé	☐ Prefiero no responder

32. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español?

- ☐ No, no soy de origen Hispano, Latino o Español.
- ☐ Sí, Puertorriqueño.
- ☐ Sí, Cubano.
- ☐ Sí, soy de origen Mexicano, Mexicano-Estadounidense o Chicano.
- ☐ Sí, soy de otro origen Hispano, Latino o Español.
- ☐ Prefiero no responder

Es posible que nos pongamos en contacto con usted para obtener más información sobre sus respuestas y necesidades de salud.

33. ¿Cuál es su nivel más alto de educación?

- ☐ Escuela primaria (jardín de infantes a 5.º grado)
- ☐ Escuela media (6.º a 8.º grado)
- ☐ Escuela secundaria (9.º a 12.º grado)
- ☐ Graduado de la escuela secundaria
- ☐ Algunos estudios universitarios
- ☐ Graduado universitario
- ☐ Escuela de posgrado
- ☐ No corresponde
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

Para los afiliados menores de 18 años, omitir las preguntas 34 a 37 a continuación.

34. ¿Cuál fue su sexo al nacer?

- ☐ Masculino
- ☐ Femenino
- ☐ No disponible
- ☐ Prefiero no responder

35. ¿Con qué género se identifica actualmente?

- ☐ Femenino
- ☐ De mujer a hombre/hombre transgénero/hombre trans
- ☐ Masculino
- ☐ De hombre a mujer/mujer transgénero/mujer trans
- ☐ Género fluido/no binario, sin género femenino o masculino exclusivamente
- ☐ Otro
- ☐ Prefiero no responder

36. ¿Cuáles son sus pronombres?

- ☐ Él
- ☐ Ella
- ☐ Pronombres sin marca de género
- ☐ Otro (explique)
- ☐ Prefiero no responder

37. ¿Cuál es su orientación sexual?

- ☐ Heterosexual
- ☐ Lesbiana, gay u homosexual
- ☐ Bisexual
- ☐ Otro
- ☐ No lo sé
- ☐ Prefiero no responder

Gracias por completar nuestra encuesta

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.

Número de contacto:	**866-432-0001 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.**
Correo electrónico:	**MedicaidHRA@humana.com**
Correo postal:	P.O. Box 14822, Lexington, KY 40512-4822

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información sobre los temas tratados en esta encuesta, estamos aquí para ayudarle. En Humana, estamos comprometidos a ser un aliado en su salud y apoyarle en cada paso del camino. Comuníquese con Servicios para Afiliados al **866-432-0001 (TTY: 711)** o visite **es-www.Humana.com/HealthySouthCarolina** para obtener más recursos.

Gracias por su participación y que tenga un gran día.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **866-432-0001 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios son necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes de lengua de señas acreditados, la interpretación remota por video y el envío de la información 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。

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

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

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

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

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

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

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

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

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

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。

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

हिंदी (Hindi): भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

ខ្មែរ (Cambodian): ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

Este aviso está disponible en **es-www.Humana.com/SouthCarolinaDocuments**.

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.

SCHMEDVSP_Aprobado