

Encuesta de salud

Por favor complete esta encuesta. El objetivo de esta encuesta es ayudarnos a conocer su estado de salud y sus necesidades específicas de atención médica para que podamos trabajar juntos y proporcionarle los servicios necesarios para alcanzar sus objetivos de salud. Sus respuestas **NO** afectarán a sus beneficios. Podemos compartir su información con su médico de cabecera. Si tiene alguna pregunta al respecto, póngase en contacto con Atención al Cliente llamando al 1-844-280-5555 (TTY: 711), de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y de 8:00 a. m. a 8:00 p. m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).



Fecha: _____ Nombre e identificación del agente (si es asistido por un agente): _____

Nombre: _____ Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de nacimiento: _____ Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Número de teléfono: _____ ID de miembro/Solicitud: _____

1. ¿Cuál es tu raza?

- ☐ Blanco ☐ Negro o Afro Americano ☐ Indio americano ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawaii
☐ Samoano ☐ Otro isleños del Pacífico ☐ Indio asiático ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés
☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otros asiáticos ☐ Guameño o Chamorro ☐ Decido no contestar

2. ¿Cuál es tu etnia?

- ☐ No Hispano, latino o de origen español ☐ Cubano ☐ Mejicano, Mejicano-americano, Chicano/a
☐ Puertorriqueño ☐ Otro hispano, latino o de origen español ☐ Decido no contestar

3. ¿Cuál es su lengua materna?

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ☐ Decido no contestar

4. Marque si alguna vez ha padecido o ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes enfermedades crónicas.

- ☐ Enfermedad de Alzheimer/Demencia ☐ Enfermedad autoinmune (esclerosis múltiple/miastenia grave)
☐ Asma ☐ Artritis o dolor en las articulaciones ☐ Cáncer ☐ Insuficiencia cardíaca congestiva ☐ COVID-19
☐ Diabetes ☐ Enfermedad cardiovascular/Enfermedad de arteria coronaria/Enfermedad vascular periférica
☐ Depresión/Enfermedad mental ☐ Problemas del corazón/enfermedad cardíaca/ataque cardíaco
☐ Epilepsia/convulsiones ☐ Trasplante de órganos (hígado, riñón, etc.) ☐ Trastorno inmunitario (VIH o SIDA)
☐ Enfermedad renal ☐ Enfermedades pulmonares (enfisema, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, EPOC)
☐ Enfermedad neurodegenerativa (enfermedad de Parkinson/Huntington) ☐ Accidente cerebrovascular

5. Marque las siguientes enfermedades que padece actualmente:

- ☐ Hinchazón de pies, tobillos y piernas ☐ Cambio repentino de peso ☐ Llagas, heridas o úlceras abiertas en la piel

A. Si marcó Sí, marque las siguientes afecciones por las que está recibiendo tratamiento médico:

- ☐ Hinchazón de pies, tobillos y piernas ☐ Cambio repentino de peso ☐ Llagas, heridas o úlceras abiertas en la piel

6. Acceso a la atención médica y tratamiento:

- a. En los últimos 12 meses, ¿la falta de un medio de transporte fiable le ha impedido acudir a citas médicas, a reuniones, al trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Ha acudido a una visita presencial (en persona o virtual) con su médico para un examen físico anual o una consulta preventiva en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
- c. ¿Está inscrito en un centro de cuidados paliativos? ☐ Sí ☐ No
- d. ¿Está usted recibiendo actualmente tratamiento de diálisis renal? ☐ Sí ☐ No
- e. ¿Cuántas veces ha ido a la sala de emergencias en los últimos 12 meses? ☐ Ninguna ☐ 1-3 veces ☐ Más de 3 veces
- f. ¿Cuántas veces fue internado en el hospital en los últimos 12 meses? ☐ Ninguna ☐ 1-3 veces ☐ Más de 3 veces
- g. ¿Cuándo fue su último examen completo de ojo dilatado? ☐ Nunca ☐ Menos de 12 meses ☐ Más de 12 meses
- h. ¿Cree que su atención médica se ha visto afectada por su edad, ingresos, educación, raza, sexo u origen étnico? ☐ Sí ☐ No

7. Actividades de la vida diaria

- a. ¿Necesita ayuda para bañarse, vestirse, preparar comidas, alimentarse o ir al baño? ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Necesita ayuda para andar, levantarse de una silla o levantarse de la cama? ☐ Sí ☐ No
- c. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos según lo recetado? ☐ Sí ☐ No
- d. ¿Tiene un cuidador que le ayude con las necesidades mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No
- e. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído?: ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Más de una vez
- f. ¿Utiliza actualmente dispositivos de asistencia o equipos duraderos para caminar, bañarse, ducharse o usar el baño, es decir, una silla de ruedas, un andador, un bastón, un asiento de inodoro elevado, etc.? ☐ Sí ☐ No
- g. ¿Actualmente siente dolor? Califique su dolor (siendo de 1 a 3 muy poco dolor, de 4 a 6 dolor moderado y de 7 a 10 dolor intenso) ☐ No tengo dolor ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10

8. Conducta y Social

- a. En los últimos 3 meses, ¿se ha sentido triste, melancólico o deprimido? ☐ Sí ☐ No
- b. En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado cambios en el pensamiento, la memoria o la toma de decisiones?
¿Esto afecta tu actividad diaria? ☐ Sí ☐ No
- c. Consume productos de tabaco?
- d. Si ha respondido afirmativamente a la pregunta C, ¿desea recibir información que le ayude a dejar de fumar? ☐ Sí ☐ No
- e. ¿Consume más de dos bebidas alcohólicas al día? ☐ Sí ☐ No
- f. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido drogas o sustancias ilegales? ☐ Sí ☐ No
- g. Si respondió afirmativamente a la pregunta F, ¿le gustaría recibir ayuda para abordar el consumo de drogas o sustancias ilegales? ☐ Sí ☐ No
- h. ¿Suele relacionarse con otras personas? ☐ Sí ☐ No
- i. ¿Hace ejercicio regularmente, según su tolerancia? ☐ Sí ☐ No
- j. ¿Se siente en la actualidad amenazado o que es víctima de maltrato físico, mental o abuso sexual? ☐ Sí ☐ No
- k. ¿Experimenta sentimientos de estrés relacionados con su salud, sus finanzas, sus relaciones familiares o sociales, su trabajo, etc.? ☐ Sí ☐ No
- l. En general, ¿cómo calificaría su estado de salud? ☐ Excelente/Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala
- m. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido dificultades para pagar sus gastos de subsistencia? ☐ Sí ☐ No
- n. En los últimos 12 meses, ¿se preocupó de no tener suficiente dinero para comer? ☐ Sí ☐ No
☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto
- o. En los últimos 12 meses, la comida que compró no duró y no tuvo dinero para comprar más.
☐ A menudo cierto ☐ A veces cierto ☐ Nunca cierto
- p. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
☐ Tengo un lugar estable donde vivir ☐ Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
☐ No tengo un lugar estable donde vivir (estoy alojado temporalmente en casa de otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo a la intemperie en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque).
- q. ¿Puede pagar sus medicamentos? ☐ Sí ☐ No
- r. ¿Tiene usted una directiva anticipada o testamento vital? ☐ Sí ☐ No
- s. ¿Cuál es el nivel más alto de estudios que ha cursado?
☐ Escuela primaria ☐ Escuela secundaria ☐ Escuela profesional ☐ Universidad
- t. ¿Sabe leer bien? ☐ Muy bien ☐ Bien ☐ No bien ☐ No puedo leer
- u. ¿Puede acceder a su información médica por vía electrónica y comprenderla? ☐ Sí ☐ No

9. Tratamiento médico/vacunas

- a. ¿Cuántos medicamentos diferentes toma cada día? ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ Más de 6 veces ☐ Ninguno
- b. ¿Cuándo se vacunó contra la gripe por última vez? ☐ Nunca ☐ En los últimos 12 meses ☐ Hace más de 12 meses
- c. ¿Cuándo se vacunó por última vez contra la neumonía? ☐ Nunca ☐ Hace menos de 10 años ☐ Hace más de 10 años
- d. ¿Ha recibido las vacunas contra el COVID-19? ☐ Sí ☐ No
- e. Si ha recibido las vacunas contra el COVID-19, ¿ha recibido las vacunas de refuerzo? ☐ Sí ☐ No

