

**ENVÍE EL DOCUMENTO COMPLETO A:**

MEMORIAL HERMANN HEALTH PLAN  
ATTN: CASE MANAGEMENT  
PO BOX 19909  
HOUSTON TX 77224



**Evaluación de riesgos médicos (HRA)**

Información del miembro:

Nombre: \_\_\_\_\_

ID del suscriptor: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Teléfono de casa: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

Encierre en un círculo o marque claramente sus respuestas.

1. ¿Diría que, en general, su salud es?
  - Excelente
  - Muy buena
  - Buena
  - Regular
  - Mala
  - Sin respuesta
2. ¿Tiene a una persona a la que considere su médico personal o proveedor de atención médica?
  - Sí
  - No
  - Sin respuesta
3. ¿Ha completado una directiva anticipada, poder médico/económico?
  - Sí
  - No
  - Sin respuesta
4. En los últimos 12 meses, ¿recibió la vacuna contra la gripe, ya sea en forma de aerosol nasal o mediante una inyección en el brazo?
  - Sí
  - No
  - Sin respuesta
5. ¿Recibió la vacuna del COVID-19?
  - Sí
  - No
  - Sin respuesta
6. ¿Cuándo fue la última vez que tuvo un examen de detección de cáncer de colon?
  - En el último año (hace menos de 12 meses)
  - En los últimos 10 años
  - Hace más de 10 años
  - Nunca/no lo sé
  - Sin respuesta
7. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde que tuvo su última mamografía?
  - En el último año (hace menos de 12 meses)  
Dónde \_\_\_\_\_
    - En los últimos 2 años (hace 1-2 años)
    - Nunca/no lo sé
    - Sin respuesta
8. ¿Alguna vez un médico, enfermero u otro profesional de atención médica le ha dicho que tiene alguna de las siguientes condiciones? (seleccione todas las que correspondan)
  - Diabetes

- Insuficiencia cardíaca
- Presión alta
- COPD/enfisema/bronquitis crónica/neumonía crónica/asma obstructiva crónica
- Asma
- Enfermedades de los riñones/fallo renal
- Cáncer
- Condiciones de salud mental o conductuales
- Hepatitis C
- VIH/sida
- Artritis/artritis reumatoide/fibromialgia/gota/lupus
- Otra  
Explique: \_\_\_\_\_
- Ninguna
- Sin respuesta

9. En los últimos 12 meses, ¿ha estado en la sala de emergencias?

- Nunca
- 1 vez
- 2 veces
- Más de 2 veces
- Sin respuesta

10. En los últimos 12 meses, ¿ha estado hospitalizado?

- Nunca
- 1 vez
- Más de 1 vez
- Sin respuesta

11. ¿El dolor de cuerpo le ha dificultado trabajar o completar actividades?

- Sí
- No
- Sin respuesta

12. ¿Tiene alguna operación próxima?

- Sí  
¿Qué tipo de operación? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_
- No
- Sin respuesta

13. ¿Cuántos medicamentos toma a diario?

- Ninguno
- 1-3 medicamentos
- 4-6 medicamentos
- 7-10 medicamentos
- 10 o más medicamentos
- Sin respuesta

14. ¿Con qué frecuencia omite una dosis de sus medicamentos?

- 1-2 veces al mes
- 3-4 veces al mes
- 5 o más veces al mes
- Nunca
- Sin respuesta

15. ¿Usa alguno de los siguientes equipos especiales o dispositivos de apoyo? (seleccione todos los que correspondan)

- Bastón
- Andador
- Silla de ruedas
- Silla de ruedas motorizada
- Elevador Hoyer
- Cama de hospital
- Oxígeno/CPAP

- Ninguna
  - Sin respuesta
16. ¿Está recibiendo actualmente alguno de los siguientes servicios? (seleccione todos los que correspondan)
- Enfermero/auxiliar de enfermería de atención médica en casa
  - PT, OT o terapia del habla
  - Trabajador social
  - Centro de cuidado diurno para adultos
  - Ninguno
  - Otro
- Explique: \_\_\_\_\_
- Sin respuesta
17. ¿Es usted ciego o tiene dificultad para ver, incluso cuando usa anteojos?
- Sí
  - No
  - Legalmente ciego
  - Sin respuesta
18. ¿Tiene dificultad para oír? (mientras usa aparatos auditivos, si corresponde)
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
19. ¿Tiene dificultad para masticar la comida? (mientras usa dentaduras postizas, si corresponde)
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
20. En general, ¿cómo describiría su estado nutricional?
- Bueno
  - Regular
  - Malo
  - Sin respuesta
21. ¿Tiene dificultad con alguna de las siguientes tareas: ir al baño, comer, vestirse, asearse, caminar y bañarse/higiene personal?
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
22. ¿Tiene dificultad con alguna de las siguientes tareas: usar el teléfono, hacer compras, preparar comidas, manejar su economía y las tareas del hogar?
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
23. ¿Le preocupa que en los próximos dos meses no tenga una vivienda estable en propiedad, alquiler o en la que pueda quedarse miembro de un grupo familiar?
- Sí
  - No
24. Piense sobre el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (seleccione todos los que correspondan)
- Infestación de insectos
  - Moho
  - Pintura o tuberías de plomo
  - Calefacción inadecuada
  - Horno o estufa que no funciona
  - No tiene detectores de humo o no funcionan
  - Ninguno de los anteriores
25. ¿Cuál es el grado o año de escolaridad más alto que completó?
- Nunca asistió a la escuela
  - Grados 1 al 8

- Grados 9 al 12 - Algo de secundaria
  - Graduado de secundaria o GED
  - Algo de universidad
  - Título técnico, universitario o de posgrado completado
  - Sin respuesta
26. ¿Pospone o evita ir al médico debido a la distancia o a la falta de transporte?
- Sí
  - No
27. En los últimos 12 meses, ¿la compañía eléctrica, de gas, de diésel de calefacción o de agua ha amenazado con cortar los servicios en su casa?
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
28. En el plazo de los últimos 12 meses, le preocupó que su comida se acabara antes de recibir dinero para comprar más.
- Verdadero con frecuencia
  - Algunas veces verdadero
  - Nunca verdadero
29. En los últimos 12 meses, la comida que compró simplemente no duró y no tenía dinero para conseguir más.
- Verdadero con frecuencia
  - Algunas veces verdadero
  - Nunca verdadero
30. El estrés significa una situación en la que una persona se siente tensa, inquieta, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está perturbada todo el tiempo. ¿Siente este tipo de estrés estos días?
- Para nada
  - Un poco
  - Algo
  - Bastante
  - Mucho
  - Sin respuesta
31. ¿Ha tenido problemas para conciliar el sueño, mantenerse dormido o duerme demasiado?
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
32. Debido a una condición física, mental o emocional, ¿tiene dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
33. Durante las últimas dos semanas:
- ¿Le ha molestado tener poco interés o placer en hacer cosas? (PHQ2)
- Poco interés o placer
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
- ¿Le ha molestado sentirse triste, deprimido o sin esperanza? (PHQ2)
- Siente tristeza, depresión o desesperanza
- Sí
  - No
  - Sin respuesta
34. En el último año, ¿cuántas veces ha tomado 5 o más tragos en un solo día? (Hombres) ¿Cuántas veces ha tomado 4 o más tragos en un solo día? (Mujeres) (1 bebida = una cerveza de 12 oz, una copa de vino de 5 oz o un trago de licor de 1.5 oz)
- Ninguna
  - 1 o más
  - Sin respuesta

35. En el último año, ¿cuántas veces ha usado drogas recreativas o medicamentos con receta que no le recetó su médico?

- Ninguna
- 1 o más
- Sin respuesta

36. ¿Actualmente fuma cigarrillos, usa vapeador o usa productos de tabaco sin humo?

- Sí
- No
- Los usó anteriormente
- Sin respuesta

37. ¿Está interesado en hablar con un administrador de casos sobre formas de mejorar su salud o calidad de vida?

- Sí
- No

Memorial Hermann Advantage cumple las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discrimina por raza, color, país de origen, edad, discapacidad ni sexo.

H7115\_MMHRA24\_C 2/10/2023