

**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