Health Plan of San Joaquin | Mountain Valley Health Plan

Advantage D-SNP

Evaluación de riesgos de salud

Le enviamos este formulario porque se inscribió en Health Plan of San Joaquin/ Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP (HMO). Su nuevo plan usará este formulario para asegurarse de que reciba el cuidado necesario.

Marque las casillas de las respuestas que correspondan. Complete un formulario por cada familiar inscrito en nuestro plan.

Si tiene preguntas, llámenos al **1-888-361-7526 (TTY: 711)** de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 8:00 p. m. Envíenos el formulario completo en un sobre de respuesta postal paga a la siguiente dirección:

Health Plan of San Joaquin/Mountain Valley Health Plan Advantage D-SNP
ATTN: CASE MANAGEMENT DEPARTMENT
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA 95231

Completar el formulario es voluntario. No se le negará la atención a partir de sus respuestas confidenciales.

Número de identificación de miembro:..... **Fecha de inscripción:** .....

Nombre del miembro:..... **Fecha de nacimiento:**.....

Dirección del miembro:.....

Ciudad:..... **Estado:**..... **Código postal:**.....

1. ¿Cuál es su idioma preferido?
   - ☐ Árabe
   - ☐ Armenio
   - ☐ Chino
   - ☐ Inglés
   - ☐ Hindi
   - ☐ Hmong
   - ☐ Japonés
   - ☐ Coreano
   - ☐ Laosiano
   - ☐ Mein
   - ☐ Mon-jemer, camboyano
   - ☐ Persa (Farsi)
   - ☐ Panyabí
   - ☐ Ruso
   - ☐ Español
   - ☐ Tagalo
   - ☐ Tailandés
   - ☐ Ucraniano
   - ☐ Vietnamita
   - ☐ Otro

2. Seleccione la etnia (o etnias) con la que más se identifica:
   - ☐ Hispana
   - ☐ No hispana
   - ☐ Elijo no responder

3. Seleccione la raza (o razas) con la que más se identifica:
   - ☐ Nativa de América o Alaska
   - ☐ Asiática
   - ☐ Negra o afroamericana
   - ☐ Nativa de Hawái u otra isla del Pacífico
   - ☐ Blanca
   - ☐ Multirracial
   - ☐ Otra
   - ☐ Elijo no responder

4. ¿Tiene alguna preferencia o consideración que deberíamos conocer? Seleccione todo lo que corresponda.
   - ☐ Nombre preferido
   - ☐ Necesidades religiosas, espirituales o culturales
   - ☐ Dificultad para oír
   - ☐ Problemas de la vista
   - ☐ Información en un formato alternativo (letra grande, CD de audio, CD de datos o braille)
   - ☐ Ninguna
   - ☐ Otra
   - ☐ Elijo no responder

5. ¿Alguna vez le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades?
   - ☐ Asma
   - ☐ Cáncer (en tratamiento activo)
   - ☐ Diabetes
   - ☐ Presión arterial alta
   - ☐ Insuficiencia cardíaca
   - ☐ Derrame cerebral
   - ☐ Limitaciones cognitivas (problemas de memoria, como enfermedad de Alzheimer o demencia) o del desarrollo
   - ☐ Problemas de la sangre (incluida anemia, anemia de células falciformes o deficiencias de la coagulación sanguínea)
   - ☐ Enfermedad hepática, como cirrosis o ascitis
   - ☐ Insuficiencia renal/diálisis/enfermedad renal en etapa terminal
   - ☐ Trastorno neurológico (como epilepsia, esclerosis múltiple)
   - ☐ Bajo peso/sobrepeso/otro tipo de obesidad
   - ☐ Epoc (enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
   - ☐ Trasplante de órgano
   - ☐ Otra
   - ☐ Nunca me diagnosticaron ni fui tratado por ninguna de estas afecciones médicas

6. ¿Está embarazada?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

7. Si contestó que sí, ¿visita a un doctor para este embarazo?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

8. ¿Tiene algún dolor que interfiera con su vida diaria?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

9. En los últimos 6 meses, ¿con qué frecuencia ha ido a la sala de emergencias o ha pasado la noche en el hospital?
   - ☐ No fui nunca
   - ☐ 1 vez
   - ☐ De 2 a 5 veces
   - ☐ Más de 6 veces
   - ☐ Elijo no responder

10. ¿Necesita que alguien le ayude con alguna de las siguientes actividades?
    - ☐ Darse una ducha o un baño
    - ☐ Subir o bajar las escaleras
    - ☐ Comer
    - ☐ Obtener cuidado dental
    - ☐ Vestirse
    - ☐ Cepillarse los dientes y el cabello, afeitarse
    - ☐ Preparar la comida
    - ☐ Levantarse de la cama o la silla
    - ☐ Comprar o conseguir alimentos
    - ☐ Usar el baño
    - ☐ Caminar
    - ☐ Lavar los platos o la ropa
    - ☐ Escribir cheques y llevar registro del dinero
    - ☐ Conseguir transporte para ir al doctor o visitar amigos
    - ☐ Realizar las tareas del hogar o jardinería
    - ☐ Salir para visitar familiares o amigos
    - ☐ Usar el teléfono
    - ☐ Llevar registro de citas
    - ☐ No, ninguna de estas áreas son un problema

11. Si contestó que sí, ¿recibe toda la ayuda que necesita con estas actividades?
    - ☐ Sí
    - ☐ No
    - ☐ No estoy seguro
    - ☐ Me niego a responder

12. ¿Necesita ayuda para tomar medicamentos?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

13. ¿Ha habido cambios recientes en su medicación (nuevos medicamentos, nuevas dosis, dejó de tomar algún medicamento, etc.)?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

14. ¿Necesita ayuda para completar formularios de salud?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

15. ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al doctor?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

16. ¿Se cayó en los últimos meses?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

17. ¿Tiene miedo de caerse?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

18. En la actualidad, ¿está inscrito para recibir algún servicio o recurso a través de la comunidad, el condado o el Estado?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

19. ¿Recibe todos los servicios que debería recibir?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

20a. ¿Cómo describiría su situación actual en cuanto a la vivienda?
   - ☐ Tengo un lugar estable para vivir
   - ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
   - ☐ No tengo un lugar estable donde vivir (temporalmente vivo con otras personas, en un hotel, en un refugio, vivo en la calle, en la playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobuses o trenes, o en un parque)
   - ☐ Hace poco salí de la cárcel y volví a mi casa
   - ☐ Hace poco estuve en un hogar de ancianos y volví a mi casa

20b. Elija una:
   - ☐ Vivo en mi propia casa
   - ☐ Vivo en una casa o apartamento que alquilo
   - ☐ Vivo con un familiar
   - ☐ Vivo en un refugio
   - ☐ Vivo en una residencia o centro de rehabilitación
   - ☐ Vivo en un centro de vida asistida
   - ☐ En la actualidad, no tengo hogar ni refugio
   - ☐ Algo diferente
   - ☐ Elijo no responder

21. Piense en el lugar adonde vive. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas?
   - ☐ Plagas, como insectos, hormigas o ratones
   - ☐ Moho
   - ☐ Pintura o tuberías con plomo
   - ☐ Falta de buena calefacción
   - ☐ El horno o la cocina no funciona
   - ☐ No tiene detectores de humo o no funcionan
   - ☐ Filtración de agua
   - ☐ Ninguna de las anteriores

22. ¿Puede vivir de manera segura y moverse con facilidad en su casa?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ Otra

23. Si contestó que no, ¿el lugar adonde vive tiene lo siguiente?
- ☐ Buena iluminación
- ☐ Buena calefacción
- ☐ Buena refrigeración
- ☐ Pasamanos en escaleras o rampas
- ☐ Agua caliente
- ☐ Baño interno
- ☐ Puerta exterior con cerradura
- ☐ Escaleras para entrar en la casa o dentro de la casa
- ☐ Ascensor
- ☐ Lugar para usar la silla de ruedas
- ☐ Salidas despejadas
- ☐ Explique otras dificultades

24. ¿Notó algún cambio en su manera de pensar, recordar o tomar decisiones?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Me niego a responder

25. ¿Tiene amigos y familiares que están dispuestos y capacitados para ayudarlo cuando lo necesita?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Me niego a responder

26. ¿Alguna vez pensó que su cuidador tiene dificultades para ayudarlo con lo que usted necesita?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Me niego a responder

27. ¿Le tiene miedo a alguien o alguien le hace daño?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Me niego a responder

28. ¿Alguien usa su dinero sin su permiso?
- ☐ Sí
- ☐ No
- ☐ No estoy seguro
- ☐ Me niego a responder

29. ¿Le diagnosticaron o está recibiendo tratamiento para alguna de las siguientes afecciones de salud del comportamiento? Seleccione todo lo que corresponda.
- ☐ Nunca me diagnosticaron ni he recibido tratamiento para ninguna de las afecciones de salud del comportamiento
- ☐ Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (ADH)
- ☐ Ansiedad
- ☐ Autismo
- ☐ Trastorno bipolar
- ☐ Depresión
- ☐ Trastorno psicótico (esquizofrenia)
- ☐ Trastorno por consumo de sustancias
- ☐ Otra:

30. ¿Necesita ayuda para ponerse en contacto con algún servicio para la salud mental o la salud del comportamiento?
- ☐ Sí
- ☐ No

31. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse nervioso, ansioso o tenso?
- ☐ En ningún momento
- ☐ Varios días
- ☐ Más de la mitad de los días
- ☐ Casi todos los días

32. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado no poder dejar de preocuparse o controlar la preocupación?
- ☐ En ningún momento
- ☐ Varios días
- ☐ Más de la mitad de los días
- ☐ Casi todos los días

33. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentir poco interés o placer en hacer las cosas?
   - ☐ En ningún momento
   - ☐ Varios días
   - ☐ Más de la mitad de los días
   - ☐ Casi todos los días

34. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse triste, deprimido o desesperado?
   - ☐ En ningún momento
   - ☐ Varios días
   - ☐ Más de la mitad de los días
   - ☐ Casi todos los días

35. En el último mes (30 días), ¿cuántas veces se sintió solo?
   - ☐ Nunca
   - ☐ Menos de 5 días
   - ☐ Más de la mitad de los días (más de 15 días)
   - ☐ La mayoría de los días o siempre

36. ¿Alguna vez ha sentido que debería reducir el consumo de alcohol o drogas?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

37. ¿Consume actualmente algún producto con tabaco (fuma, vapea o masca)?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

38. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido ir a las citas médicas, a reuniones, al trabajo, o hacer tareas de la vida diaria?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

39. ¿Se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

40. En los últimos 12 meses, los alimentos que compró se acabaron y no tenía dinero para comprar más.
   - ☐ Muchas veces
   - ☐ Algunas veces
   - ☐ Nunca
   - ☐ Elijo no responder

41. En los últimos 12 meses, tuvo miedo de que se acaben los alimentos antes de tener el dinero para comprar más.
   - ☐ Muchas veces
   - ☐ Algunas veces
   - ☐ Nunca
   - ☐ Elijo no responder

42. ¿Tiene un testamento vital o una directiva anticipada de cuidado médico vigente (un documento con sus deseos sobre el cuidado médico en caso de que no pueda expresarlos por sí mismo)?
   - ☐ Sí
   - ☐ No
   - ☐ No estoy seguro
   - ☐ Me niego a responder

43. ¿Quiere recibir información sobre testamentos vitales y directivas anticipadas de cuidado médico?
   - ☐ Sí
   - ☐ No

Firma:..... Fecha:.....

Gracias por completar el cuestionario. El siguiente paso es analizar sus respuestas a esta evaluación y crear un plan de cuidado.