

EVALUACIÓN DEL RIESGO DE SALUD

Por favor complete las siguientes preguntas lo mejor que pueda. La información se utilizará para proporcionar recursos sobre cómo vivir una vida saludable y prevenir enfermedades. Sus respuestas no afectarán sus beneficios.

IMPORTANTE: Asegúrese de completar su nombre e identificación de miembro. Esta información nos ayudará a saber quién es usted. Attn:

Nombre Completo: _____ Fecha de Nacimiento: _____

Número de ID de Miembro: _____ Número de Teléfono: _____

Domicilio: _____

Médico de Atención Primaria: _____ Fecha de Hoy: _____

¿Cómo calificaría su salud en general durante los últimos 6 meses?

Pobre Regular Buena Muy Buena

Actividad Física

En los últimos 7-10 días, ¿Se ha mantenido físicamente activo?
(Correr, caminar, subir escaleras, estirarse, nadar, etc.)

Sí No

En caso que **Sí**, ¿Con qué frecuencia?

Más de la mitad del tiempo Menos de la mitad del tiempo La mitad del tiempo Nada de actividad física

Nutrición

¿Necesita ayuda para conseguir alimentos?

Sí No En caso que **Sí**, por favor explique _____

¿Cuántas de sus comidas diarias contienen frutas y/o verduras?

0-1 comida a día 1-2 comidas a día 2-3 comidas a día más de 3 comidas a día

¿Cuántas de sus comidas diarias contienen alimentos fritos o grasos?

0-1 comida a día 1-2 comidas a día 2-3 comidas a día más de 3 comidas a día

Afecciones médicas crónicas

¿Cuales son sus principales preocupaciones de salud?

Esto incluye afecciones como Cancer, Arthritis, HTN, Diabetes, Heart Disease, Mental Illness, etc.

Embarazo

¿Esta embarazada?

Sí No

Dolor

¿En las últimas 2 semanas, ¿cuánto dolor ha sentido?

¿Puede calificar su dolor en una escala de 0 - 10?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Cómo calificaría su salud bucal?

Exelente Buena Regular Mala

Riesgos de fumar

¿Fuma? (NOTE: fumar incluye cigarrillos electrónicos, cigarrillos, puros, marihuana)

Sí No

¿Desea recibir información para dejar de fumar?

Sí No

Consumo de Alcohol

¿Consume bebidas alcoholicas? Sí No

¿Alguna vez, usted o alguien cercano a usted, le dijo que usted debería reducir su consumo de alcohol? Sí No

Otros Riesgos

¿Siembre usa el cinturón de seguridad cuando está en un automóvil?

Sí No

¿Ha participado en prácticas sexuales de alto riesgo en el último año?

Sí No

Depresión

En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por alguno de los siguientes problemas?

¿Ha sentido poco interés o gusto de hacer cosas?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Se ha sentido decaído, deprimido o sin esperanza?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Ansiedad

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido molesto por alguno de los siguientes problemas?

¿Se ha sentido ansioso o nervioso?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿No ha podido dejar de preocuparse ni controlar sus preocupaciones?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Se ha sentido muy preocupado por diferentes cosas?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Ha tenido problemas para relajarse?

Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Apoyo social/emocional

¿Con qué frecuencia recibe el apoyo social y emocional que necesita?

Siempre A veces Nunca

Otros Problemas

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido cansado?

Siempre A veces Nunca

¿Ha sufrido caídas en el último año?

Sí No

En caso que **Sí**, ¿cuántas veces? _____ ¿Sufrió alguna lesión? Sí No

Actividades de la vida diaria

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?

Comer	Bañarse	Completamente independiente
Vestirse	Caminar	
Asearse	Usar el baño	

IADL

¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades?

Hacer las compras	Lavandería	Completamente independiente
Preparar alimentos	Usar transporte	
Llamar por teléfono	Tomar los medicamentos	
Realizar tareas domésticas	Administrar sus Finanzas	