

Nombre del miembro:	Apellido del miembro:	Inicial del segundo nombre:
Número MBI de miembro de Clever Care:	Fecha de nacimiento:	Fecha de finalización de la HRA:
Dirección de correo electrónico:	Número de teléfono del miembro:	
Nombre del proveedor de atención primaria (PCP):	Cómo se completó la HRA: <input type="checkbox"/> Por teléfono <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Telesalud/Virtual	
Nombre del agente:	Número de productor nacional (National Producer Number, NPN) de la persona que completa el formulario:	

## Información sobre mí

**Describa cualquier aspecto relacionado con su cultura, sus creencias, prácticas religiosas o cualquier otro aspecto importante para usted que nos ayude a prestarle un mejor servicio.**

### 1. ¿Cuál es su situación actual con respecto a la vivienda?

Tengo un lugar estable para vivir

¿Le preocupa perder su vivienda?

No

Sí, explique: \_\_\_\_\_

No tengo vivienda (me quedo en la casa de otra persona, en un hotel, en un refugio, vivo al aire libre en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)

Explique: \_\_\_\_\_

### 2. ¿Se siente física y emocionalmente seguro donde vive actualmente?

Sí

No

### 3. ¿Con quién vive actualmente?

Solo

Con mi cónyuge, familiares o amigos

Otro (explicar):

\_\_\_\_\_

### 4. En el último año, ¿ha tenido miedo de su pareja o ex-pareja??

Sí

No

N/C

**5. ¿Tiene empleo actualmente?**

- Sí  No

**6. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido acudir a citas médicas, reuniones, trabajo o conseguir cosas necesarias para la vida diaria?**

- Sí, me ha impedido acudir a citas médicas.  
 Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, trabajo o conseguir artículos que necesito, como comestibles.  
 No

**7. En el último año, ¿usted o algún familiar con el que vive no han podido obtener alguno de los siguientes artículos por falta de dinero, acceso o disponibilidad cuando lo necesitó? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Alimentos  Medicamentos  Cuidado de niños/ancianos  
 Servicios públicos  Teléfono  Ropa  
 Atención de salud (médica, dental, salud mental, visión)  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 Ninguna

**8. ¿Cuenta con una Directiva anticipada? (es una forma de asegurarse de que a través de su poder notarial médico designado se puedan comunicar sus deseos médicos si usted no puede hacerlo)**

- Sí  No

## Examen de detección del dolor

**9. ¿Siente algún dolor ahora o ha sentido dolor en las últimas dos semanas?**

- Sí **En el peor de los casos, ¿qué tan intenso es su dolor (0 a 10, donde 10 es el peor)?**  
 0  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  
**¿Ha hablado con su médico o con otra persona sobre cómo controlar el dolor?**  
 Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_  
 No  
 No

**10. Seleccione si utiliza alguno de los siguientes equipos:**

- Dentaduras postizas  Dispositivo de alerta médica  Silla elevadora  
 Soporte (pierna, espalda)  Equipo de transferencia  Bastón  
 Suministros para la incontinencia (almohadillas, toallas)  Lentes de contacto/anteojos  Equipo de alimentación adaptable  
 Equipo de baño  Andador  Inodoro junto a la cama  
 Audífonos  Silla de ruedas (manual, eléctrica)  
 Otro: \_\_\_\_\_  
 No tiene/utiliza ningún equipo  
 Enumere los equipos que necesita, pero que no tiene: \_\_\_\_\_

## Conexiones de comunicación

11. ¿En qué medida cree que puede comunicar sus necesidades o preocupaciones de atención médica a sus proveedores (incluidos los proveedores de atención domiciliaria, médica y de salud mental)?

- Excelente, sin problemas
- Muy bien, estoy seguro de que me comunico bien la mayor parte del tiempo
- Bien, puedo comunicar algunas pero no todas las necesidades o preocupaciones
- Deficiente, normalmente tengo problemas para entender

Explique: \_\_\_\_\_

12. ¿Tiene problemas para entender las instrucciones de los proveedores de atención médica con respecto a su atención médica?

- Excelente, no tengo problemas para entender
- Muy bien, rara vez tengo problemas para entender
- Bien, a veces tengo problemas para entender
- Deficiente, normalmente tengo problemas para entender

Explique: \_\_\_\_\_

13. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que ha alcanzado?

- Superior al título de escuela secundaria
- Diploma de escuela secundaria/título de equivalencia general (GED)
- Inferior al título de escuela secundaria

## Mi salud

14. En general, ¿cómo calificaría su salud? (Seleccione una opción).

-  Excelente
-  Buena
-  Regular
-  Mala

15. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

	Nada en absoluto	Varios días	Más de la mitad de los días	Casi todos los días
Poco interés o placer en hacer cosas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sensación de tristeza, depresión o desesperanza	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. ¿Con qué frecuencia se siente solo o aislado de las personas que lo rodean?

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- A menudo
- Siempre

17. El estrés ocurre cuando alguien se siente tenso, nervioso, ansioso o no puede dormir por la noche porque su mente está preocupada. ¿Qué tan estresado está?

- Nada en absoluto
- Un poco
- Algo
- Bastante
- Mucho

**18. ¿Tiene alguno de los siguientes problemas de salud? Seleccione todas las opciones que correspondan.**

- Enfermedad cardíaca (ataque al corazón, insuficiencia cardíaca)  Presión arterial alta
- Diabetes (niveles altos de azúcar en sangre)  Enfermedad pulmonar (asma, EPOC)
- Salud mental (depresión, ansiedad)
- Otros (accidente cerebrovascular, tiroides, cáncer): \_\_\_\_\_

**19. Enumere los medicamentos, la frecuencia y la dosis que está tomando, incluidos los de venta libre y suplementos.**

Nombre del medicamento	Dosificación/concentración	¿Con qué frecuencia lo toma?

**20. ¿Tiene alguna alergia a medicamentos?**

- No  Sí, indique: \_\_\_\_\_

**21. ¿Usa alguna terapia alternativa o algún medicamento a base de hierbas para tratar sus afecciones médicas?**

- No  Sí
- Si la respuesta es sí, ¿cuáles y con qué le ayudan? \_\_\_\_\_
- Si la respuesta es sí, ¿su médico sabe que usted usa esta terapia?  Sí  No

**22. ¿Entiende sus medicamentos y por qué los toma?**

- Sí  No, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**23. En los últimos 6 meses, ¿ha tenido dificultades para obtener los medicamentos que se le recetaron?**

- No  Sí, ¿por qué? \_\_\_\_\_

**24. ¿Es físicamente activo? (p. ej., caminatas, clases grupales, bicicleta fija, etc.)**

- No  Sí

En caso afirmativo, ¿cuántos días y minutos realiza actividad física?

	15 minutos	30 minutos	45 minutos	1 hora o más
Todos los días	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Una vez por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dos veces por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tres veces por semana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**25. En el último año, ¿ha pasado la noche o más tiempo en un hospital?**

- No  Sí, ¿cuántas veces? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**26. En el último año, ¿acudió a la sala de emergencias del hospital?**

No  Sí, ¿cuántas veces? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**27. En el último año, ¿ha pasado tiempo en un centro de enfermería?**

No  Sí, ¿cuántas veces? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

**28. En los últimos 12 meses, ¿ha tenido alguna caída en su casa o mientras estaba fuera?**

No  Sí, ¿cuántas veces? ¿Por qué? \_\_\_\_\_

## Mi vida cotidiana

**29. Contar con cuidador: ¿hay alguien que le cuide o le ayude a ocuparse de su hogar con frecuencia, o que le ayude regularmente con los recados u otras tareas (como un familiar, amigo o asistente domiciliario)?**

No  Sí, nombre del cuidador: \_\_\_\_\_

**30. ¿Cuál es su capacidad para completar estas tareas?**

	No necesito ayuda 	Necesito un poco de ayuda o utilizo equipos 	Siempre necesito ayuda 
Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aseo personal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir y volver del baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentarse o acostarse y levantarse de la silla o la cama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Caminar, no subir escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ir de compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Preparar las comidas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Limpiar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lavar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar sus medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Administrar las finanzas de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## Consumo de alcohol/tabaco

### 31. ¿Bebe alcohol?

- No  Sí

Si la respuesta es sí: ¿Le interesa dejar de consumir alcohol o reducir la cantidad que consume alcohol?

- Sí  No

### 32. ¿Consumes actualmente productos con tabaco (como cigarrillos, cigarros, rapé, tabaco para masticar, vapeador, cigarrillos electrónicos)?

- No  Sí

Si la respuesta es sí: ¿Le interesa dejar de fumar o reducir su la cantidad que fuma?

- Sí  No

## Objetivos de salud

### 33. ¿Cuáles son sus objetivos de salud para la vida cotidiana? Seleccione al menos uno de los objetivos de salud que se enumeran a continuación.

- Realizar un examen de bienestar anual con mi médico de atención primaria (PCP)
- Ofrecerme como voluntario para una organización local, como la biblioteca, un refugio para animales o un comedor comunitario
- Trabajar para mantener o aumentar mi equilibrio y fuerza para evitar caídas
- Hablar con mi médico para desarrollar un plan de ejercicio regular
- Seguir una dieta nutritiva y saludable para mantener o mejorar mi salud
- Otro objetivo personalizado: \_\_\_\_\_

### 34. ¿Hay algún obstáculo que pueda impedirle alcanzar sus objetivos?

- No

- Sí. Seleccione todas las opciones que correspondan:

- Transporte  Falta de motivación
- Falta de tiempo  Falta de recursos/equipos
- Otro: \_\_\_\_\_