



289 LaClair Street, Coos Bay, Oregon 97420

541-269-7400 \* 1-800-264-0014 \* TTY 1-877-769-7400

# EVALUACIÓN DEL RIESGO PARA LA SALUD

## INICIAL / ANUAL / ACTUALIZACIÓN

NOMBRE:	DIRECCIÓN:
TELÉFONO:	ESTADO CIVIL:
FECHA DE NACIMIENTO:	CORREO ELECTRÓNICO:
GÉNERO: M / F	N.º de identificación del miembro:
<b>RAZA: MARQUE UNA OPCIÓN</b> Indio americano / nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro / afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano / Latino <input type="checkbox"/> Multirracial <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otra: _____  <b>ORIGEN ÉTNICO: MARQUE UNA OPCIÓN</b> Hispano o Latino <input type="checkbox"/> No Hispano o Latino <input type="checkbox"/>	<b>TIPO DE PLAN: MARQUE UNA OPCIÓN</b>  CCOA: médico, dental, salud conductual, transporte <input type="checkbox"/> CCOB: médico, dental, transporte <input type="checkbox"/> CCOE: salud conductual, transporte <input type="checkbox"/> CCOG: salud conductual, dental, transporte <input type="checkbox"/>

¿Es el inglés su idioma principal? **SÍ**  **NO**

¿Qué nivel de comprensión tiene del inglés? **Bueno**  Regular  **Malo**

¿Cuál es su idioma preferido?  **Inglés**  **Español**  **Chino**  **Vietnamita**  **Ruso**

**Hindi**  **Lengua de señas americana**  **Otro**

¿Necesita un intérprete? **SÍ**  **NO**

\*¿Es usted ciego, sordo o tiene problemas de audición? **SÍ**  **NO**

¿Usa algún dispositivo de ayuda para ver o escuchar, como anteojos o audífonos? **SÍ**  **NO**

¿Tiene alguna necesidad cultural? **SÍ**  **NO**  (Como las creencias y costumbres médicas)

Explique:

**(Opcional)** ¿Con qué género se identifica? \_\_\_\_\_

¿Tiene alguien con quien quiere que hablemos sobre su salud? (Ejemplo: cónyuge, familiar, pareja, amigo, cuidador o administrador del caso) **SÍ**  **NO**

Nombre: \_\_\_\_\_ Relación: \_\_\_\_\_ Información de contacto: \_\_\_\_\_

¿Tenemos permiso para hablar con esta persona sobre sus necesidades de atención médica? **SÍ**  **NO**

- La autorización verbal solo es válida por un día. Será necesario archivar una revelación de información. Si lo solicita, nuestro equipo de servicio de atención al cliente puede enviarle una revelación de información. –

¿Quiere que le enviemos una revelación de información? **SÍ**  **NO**

\*¿Es usted un veterano de guerra? **SÍ**  **NO**

¿Cuál es el grado más alto de educación que ha completado? \_\_\_\_\_

¿Necesita ayuda para el transporte a sus citas? **SÍ**  **NO**

¿Quiere recibir información adicional sobre su beneficio de transporte? **SÍ**  **NO**

¿Quién es su proveedor de atención primaria? \_\_\_\_\_

¿Cuándo fue su última visita?  **0-6 meses**  **6-12 meses**  **1 año**

¿Quién es su dentista?

¿Cuándo fue su última visita?  **0-6 meses**  **6-12 meses**  **1 año**

¿Sabe si tiene beneficios dentales?  **SÍ**  **NO**

¿Quiere recibir información adicional sobre su beneficio dental?  **SÍ**  **NO**

En general, ¿cómo diría que es su salud?  **Mala**  **Regular**  **Buena**  **Excelente**

(Solo para mujeres) \*¿Está actualmente embarazada?  **SÍ**  **NO**

\*Si la respuesta es "sí", ¿le ha dicho su médico que tiene un alto riesgo?  **SÍ**  **NO**

¿Cuándo fue su última prueba de PAP/mamografía? \_\_\_\_\_

¿Se hizo una colonoscopia?  **SÍ**  **NO** FECHA: \_\_\_\_\_

\*¿Ha estado hospitalizado en los últimos 6 meses?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿por qué y cuándo?

¿Estuvo en el departamento de emergencias en el último año?  **SÍ**  **NO**

Si la respuesta es "sí", ¿por qué y cuándo?

¿Necesita ayuda para conseguir o tomar sus medicamentos?  **SÍ**  **NO**

¿Cuántos medicamentos toma todos los días? \_\_\_\_\_

\*¿Está inscrito en un programa de ayuda para medicamentos?  SÍ  NO

¿Tiene alguna alergia? ¿(a los alimentos/medicamentos/al medio ambiente)?  SÍ  NO

Si la respuesta es "sí", ¿qué alergias? \_\_\_\_\_

¿Suele tener una dieta que incluya frutas, verduras y cereales integrales?  SÍ  NO

Estatura: \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Presión, si se conoce:

¿Le ha recomendado su médico que suba/baje de peso?  SÍ  NO

¿Ha tenido un aumento/pérdida de peso significativa en los últimos 90 días?  SÍ  NO

En los últimos 7 días, ¿con qué frecuencia hizo ejercicio durante al menos 20 minutos en un día?

Todos los días  De 3 a 6 días  De 1 a 2 días  -Ningún día

En los últimos 7 días, ¿tuvo dolor? Si la respuesta es "sí", ¿cuánto?

Nada  Un poco  Mucho  N/C ningún dolor

En los últimos 7 días ¿ha tenido algún problema para conciliar el sueño o permanecer dormido?  SÍ  NO

¿Trabaja actualmente o tiene una fuente de ingresos que recibe regularmente?  SÍ  NO

¿Qué tipo de trabajo hace? \_\_\_\_\_

¿Tiene acceso a un teléfono inteligente/computadora?  SÍ  NO

¿Necesita ayuda para el transporte a sus citas médicas?  SÍ  NO

¿Quiere recibir información adicional sobre su beneficio de transporte?  SÍ  NO

¿Tiene una tarjeta de identificación estatal?  SÍ  NO

¿Quiere recibir información para obtenerla?  SÍ  NO

¿Se queda sin comida antes de poder comprar más?  SÍ  NO

¿Recibe actualmente los beneficios de SNAP (ayuda alimentaria)?  SÍ  NO

¿Quiere recibir información sobre cómo solicitar los beneficios de SNAP?  SÍ  NO

¿Quiere recibir una lista de bancos de alimentos locales?  SÍ  NO

¿Tiene alguna necesidad de ropa?  SÍ  NO

¿Se siente seguro en su barrio?  SÍ  NO

¿Se siente seguro en su casa?  SÍ  NO

¿Ha dejado de pagar algún alquiler o hipoteca en los últimos 6 meses?  SÍ  NO

¿Ha recibido un aviso de desalojo?  SÍ  NO

En los últimos 6 meses, ¿le han cortado los servicios públicos, como el agua o la electricidad?  SÍ  NO

¿Cuál es su situación de vida actual? (MARQUE UNA OPCIÓN)

Casa/departamento propio o alquilado  Vida asistida  Vivo con un amigo/familiar  Hogar de acogida  
 Hogar de jubilados  Hogar para adultos mayores  Otra:

\*¿Se quedó recientemente sin casa o tiene riesgo de quedarse sin casa?  SÍ  NO

¿Quiere recibir ayuda para cambiar su situación de vida?  SÍ  NO

¿Necesita ayuda para alguna de estas opciones? (Marque las que correspondan).

Lavarse/bañarse  Ir al baño  Tragar/masticar  Preparar las comidas  Vestirse  
 Acostarse/sentarse/levantarse  Usar el teléfono  Limpiar la casa/lavar la ropa  Ir de compras

¿Usa algún equipo médico duradero, como una silla de ruedas, un aparato ortopédico o un andador?  SÍ  NO

¿Cuál usa y cómo compró sus artículos de equipo médico duradero?

\*¿Ha dicho su médico que tiene una enfermedad grave o crónica?  SÍ  NO Si la respuesta es "sí",  
marque la enfermedad:

Enfermedad del corazón  Presión alta  Diabetes  Cáncer  
 Problemas pulmonares o respiratorios  Dolor  
 crónico  Derrame cerebral  Problemas de audición  Problemas de la vista  
 Problemas de vejiga o riñón  Problemas de hígado  Tuberculosis  VIH/sida  
 Alergias  Asma  N/C  Otra:

¿Quiere recibir material educativo adicional sobre su salud?  SÍ  NO

Krames online en <https://schuyler.kramesonline.com/> es un recurso educativo gratuito para el paciente con sencillas hojas educativas médicas.

¿Tiene una historia familiar de alguna de estas condiciones?  SÍ  NO Si la respuesta es "sí",  
marque la enfermedad:

Enfermedad del corazón  Presión alta  Diabetes  Cáncer  Problemas pulmonares o respiratorios  
 Dolor  crónico  Derrame cerebral  Problemas de audición  Problemas de la vista  
 Problemas de vejiga o riñón  Problemas de hígado  Tuberculosis  VIH/sida  Alergias  
 Asma  N/C  Otra:

\*¿Tiene alguna de estas condiciones? (Si la respuesta es "sí", marque las opciones que correspondan).

Ansiedad  Depresión  Estrés  Falta de apoyo emocional/social  Abuso  N/C

\*¿Ha sido diagnosticado con una enfermedad conductual o emocional?  SÍ  NO Si la respuesta es  
"sí", especifique:

---

¿Quiere recibir ayuda para comunicarse con los servicios de salud conductual?  SÍ  NO

¿Quiere recibir información adicional sobre su beneficio de salud conductual?  SÍ  NO

Para ayuda inmediata en caso de crisis: **LÍNEA DE COOS EN CASO DE CRISIS (541) 266-6800**  
**LÍNEA DE CURRY EN CASO DE CRISIS (877) 519-9322**

¿Consumes tabaco (fuma, vapea o mastica)?  SÍ  NO  N/C

¿Consumes alcohol?  SÍ  NO Si la respuesta es "sí", ¿con qué frecuencia?: \_\_\_\_\_

\*¿Consumes/abusa de alguna sustancia recetada, legal o ilegal?  SÍ  NO Opioides/IV  SÍ  NO

Si la respuesta es "sí", ¿con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quiere recibir ayuda para que lo remitan a un tratamiento contra las drogas o el alcohol?  SÍ  NO  N/C

¿Ha completado las actividades de planificación de la vida o una directiva anticipada?  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, ¿dónde está? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es "no", ¿quiere más información?  SÍ  NO

Si la respuesta es sí, le enviaremos por correo una directiva anticipada.

\*¿Trabaja actualmente con otro programa/trabajador social u otra agencia?  SÍ  NO

Si la respuesta es "sí", ¿qué agencia? \_\_\_\_\_

¿Tiene otro seguro?  SÍ  NO

Si la respuesta es "sí", ¿cuál? \_\_\_\_\_

¿Cuál es su número de identificación? \_\_\_\_\_ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

¿Ha participado recientemente en una organización de atención coordinada diferente?  SÍ  NO

Si la respuesta es "sí", ¿cuál? \_\_\_\_\_ Esto nos ayudará a coordinar sus beneficios.

También puede calificar para recibir ayuda adicional mediante nuestro programa de coordinación de atención intensiva.

\*¿Está interesado en participar en la coordinación de atención?  SÍ  NO

\*Califica para la remisión a la coordinación de atención intensiva

Si no está seguro de pertenecer a alguno de los grupos de arriba, o considera que necesita ayuda para la coordinación de atención, llame a Servicios para Miembros al 541-269-7400 o al 1-800-264-0014 o TTY 1-877-769-7400.

Puede obtener esta carta en otro idioma, en letra grande o de la forma más adecuada y de forma gratuita. También puede tener un intérprete de idiomas de forma gratuita. Llame a los Servicios para Miembros de Advanced Health al:

541-269-7400 o 800-264-0014 (TTY: 711)