



ENCUESTA DE RIESGOS DE SALUD

Miembros de IEHP DualChoice Plan

MIEMBROS ID:

En IEHP DualChoice Cal MediConnect Plan (Medicare-Medicaid Plan), deseamos brindarle la mejor atención médica posible. Le pedimos que complete esta Encuesta de Riesgos de Salud para ayudarnos a conocer sus necesidades de atención médica. Sus respuestas no afectarán, de ningún modo, sus beneficios. Quizás se le indique que saltee algunas preguntas. Puede usar una de las tres opciones siguientes para completar esta encuesta:

1. **En Persona:** Un Miembro del Equipo de IEHP puede reunirse con usted para ayudarle a llenar la encuesta.
2. **Por Teléfono:** Un Miembro del Equipo de IEHP puede ayudarle para llenar la encuesta.
3. **Por Correo:** Usted puede llenar la encuesta y enviarla en el sobre de respuesta proporcionado.

Si desea llenar esta encuesta por teléfono, por favor llame al departamento de Servicios para Miembros de IEHP y pida completar una “Encuesta de Riesgos de Salud”. El número para llamar es 1-877-761-6291 de lunes a viernes, 8am – 5pm. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-718-4347. Tenga a mano su Identificación de Miembro de IEHP cuando llame.

SU SALUD

1. ¿Qué idioma prefiere para hablar y leer?

	PARA HABLAR	PARA LEER
a. Inglés	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Español	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Lenguaje de Señas Americano (<i>American Sign Language, ASL</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Otro	_____	_____

2. ¿Tiene algún problema para ver, oír o hablar?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- Ver
- Oír
- Hablar
- Ninguno

3. En general, ¿cómo calificaría su salud?

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Aceptable
- Mala

4. ¿Tiene alguna de las siguientes condiciones o recibió tratamiento para alguna de las siguientes condiciones en los últimos 12 meses?

(Marque todas las opciones que correspondan)

Artritis

Asma

Depresión/Ansiedad

Cáncer

EPOC

(Enfermedad Pulmonar
Obstructiva Crónica)

Discapacidad del
Desarrollo

Ejemplo:

Autismo,

Parálisis Cerebral,

Síndrome de Down

Diabetes

Desorden Alimenticio

Ejemplo:

Anorexia, Bulimia

Problemas Cardíacos

Ejemplo: Insuficiencia

Cardíaca Congestiva,

Cardiopatía Coronaria,

Aritmia

Presión Arterial Alta

Enfermedad

Infecciosa

Ejemplo:

Hepatitis, VIH/SIDA

Enfermedad Renal

Ejemplo:

Diálisis, Enfermedad Renal

en Etapa Terminal

Enfermedad Hepática

Problemas de Memoria

Ejemplo:

Demencia,

Enfermedad de Alzheimer

Trasplante de Órganos

Embarazo

Convulsiones

Anemia Drepanocítica

Derrame Cerebral

Otra (especifique):

Ninguna

5. ¿Cuántos medicamentos diferentes está tomando?

0

1-5

6-10

11 o más

6. A. En las últimas cuatro semanas, ¿Qué tanto interfirió el dolor en sus actividades normales?

- Nada
- Un poco
- Moderadamente
- Bastante
- Extremadamente

B. ¿Está recibiendo tratamiento para el dolor actualmente?

- Sí
- No

7. A. ¿Está usando alguno de estos suministros o equipo médico en este momento?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Bastón/muletas | <input type="checkbox"/> Suministros para la diabetes | <input type="checkbox"/> Ventilador |
| <input type="checkbox"/> Andadera | <input type="checkbox"/> Suministros para la incontinencia | <input type="checkbox"/> Oxígeno |
| <input type="checkbox"/> Silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Suministros para ostomía | <input type="checkbox"/> Monitor de la presión arterial |
| <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Nebulizador | <input type="checkbox"/> Anteojos/Lentes de Contacto |
| <input type="checkbox"/> Inodoro Portátil | <input type="checkbox"/> Suministros para succión | <input type="checkbox"/> Aparatos para sordera |
| <input type="checkbox"/> Cama de Hospital/
Elevador Hoyer | <input type="checkbox"/> Suministros para el cuidado de heridas | <input type="checkbox"/> Otro (especifique)
_____ |
| <input type="checkbox"/> Suministros para alimentación por sonda | <input type="checkbox"/> C-Pap o Bi-Pap | <input type="checkbox"/> Ninguno |

B. ¿Necesita ayuda para conseguir algún suministro o equipo médico en este momento?

Sí

No

8. En el último año, ¿visitó a su doctor primario?

Sí

No

9. En los últimos 3 meses, ¿cuántas veces fue a la Sala de Emergencias?

Ninguna

1

2

3 o más

10. A. ¿Actualmente fuma o consume tabaco (incluidos cigarrillos, tabaco para mascar, pipa, cigarros o cigarrillos de vapor)?

Sí

No (*Pase a la Pregunta 11*)

c. Solía fumar (*Pase a la Pregunta 11*)

B. ¿Cuánto le interesa dejar de fumar o consumir tabaco, en una escala del 1 al 10? (1 significa que no le interesa y 10 significa que le interesa mucho)

No le Interesa

Le interesa un Poco

Le interesa Mucho

----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- ----- -----									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. ¿Con qué frecuencia consume cinco o más tragos de bebida alcohólica en una sola ocasión?

- Nunca
- Una vez por mes
- Una vez por semana
- Todos los días (o casi todos)

12. ¿Está consumiendo drogas o tomando medicamentos recetados de un modo que no es el que le indicaron?

- Sí
- No *(Si su respuesta fue "Nunca" en la Pregunta 11 también, pase a la Pregunta 14)*

13. Responda las siguientes preguntas:

- | | SÍ | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Alguna vez pensó que debería reducir su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Alguna vez le molestó que le hicieran comentarios sobre su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Alguna vez se sintió mal o culpable con respecto a su consumo de alcohol u otras drogas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. ¿Alguna vez consumió alcohol u otras drogas para aliviar sus síntomas de abstinencia o librarse de una resaca? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

SU APOYO

14. A. ¿Necesita ayuda con alguna de estas actividades?

(Responda Sí/No a cada actividad)

	SÍ	NO
a. Bañarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Subir las escaleras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Comer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Preparar comidas o cocinar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Levantarse de la cama o de una silla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Hacer las compras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Ir al baño	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Caminar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Lavar los platos o la ropa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l. Escribir cheques o controlar el dinero que gasta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m. Ir al doctor o a ver a sus amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n. Hacer las tareas del hogar o cuidar el jardín	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o. Salir a visitar a familiares o amigos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p. Usar el teléfono	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q. Llevar un registro de sus citas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

B. Si la respuesta es sí, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita para estas actividades?

- Sí
 No

15. A. ¿Puede vivir de manera segura y moverse fácilmente dentro de su hogar?

- Sí
 No (*Pase a la Pregunta 16*)

B. Si la respuesta es no, ¿el lugar donde vive tiene las siguientes características?: (Responda Sí/No a cada característica)

	SÍ	NO
a. Buena iluminación	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b. Buena calefacción	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c. Buena refrigeración	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d. Barandales para las escaleras o rampas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e. Agua caliente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f. Baño en el interior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g. Una puerta que separa del exterior y se cierra con llave	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h. Escaleras para entrar en su hogar o escaleras dentro de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i. Elevador	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j. Espacio para usar una silla de ruedas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k. Caminos despejados para salir de su hogar	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16. Me gustaría preguntarle cómo cree que está controlando sus condiciones de salud.

- | | SÍ | NO |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. ¿Necesita ayuda para llenar los formularios de salud? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. ¿Necesita ayuda para responder las preguntas durante una cita médica? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

17. ¿Tiene familiares u otras personas que quieran y puedan ayudarle cuando lo necesita?

- Sí
- No (*Pase a la Pregunta 19*)

18. ¿A veces piensa que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que usted necesita?

- Sí
- No

19. A. ¿Le tiene miedo a alguien o alguna persona le lastima?

- Sí
- No

B. ¿Alguna persona está usando su dinero sin su autorización?

- Sí
- No

20. ¿Ha experimentado algún cambio en su forma de pensar, su memoria o su capacidad de tomar decisiones?

- Sí
- No

21. A. ¿Sufrió alguna caída en el último mes?

Sí

No

B. ¿Tiene miedo de caerse?

Sí

No

22. ¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las facturas y los medicamentos?

Sí

No

23. En el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo? (Marque una opción)

Ninguno – Nunca me siento solo

Menos de 5 días

Más de la mitad de los días (más de 15)

La mayoría de los días – Siempre me siento solo

24. En el último mes (30 días), ¿con qué frecuencia se sintió tenso, ansioso o deprimido?

Casi todos los días

A veces

Rara vez

Nunca

25. A. ¿Está recibiendo alguno de estos recursos en su comunidad?

(Marque todas las opciones que correspondan)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asistencia con los alimentos | <input type="checkbox"/> Programas de Asistencia con la Energía | <input type="checkbox"/> Servicios de Salud Mental/Servicios para el Consumo de Sustancias |
| <input type="checkbox"/> Vivienda/asistencia para personas sin hogar | <input type="checkbox"/> Servicios para adultos mayores | <input type="checkbox"/> Servicios para Veteranos |
| <input type="checkbox"/> Servicios de transporte | <input type="checkbox"/> Servicios para personas con discapacidades | <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____ |
| <input type="checkbox"/> Servicios de cuidadores | <input type="checkbox"/> Servicios dentales | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Centro de Recursos para la Comunidad de IEHP | <input type="checkbox"/> Servicios de la vista | <input type="checkbox"/> No sé/No entiendo |
| <input type="checkbox"/> Educación sobre la Salud | <i>Ejemplo: Programa de 12 Pasos, Grupo de Apoyo para el Cáncer, etc.</i> | |

B. ¿Le interesa recibir información sobre los recursos disponibles en su comunidad?

- Sí
 No

26. Teniendo en cuenta todos los temas que se incluyeron aquí, ¿cuáles diría que son sus principales preocupaciones en este momento?

(Mencione brevemente hasta tres preocupaciones)

1. _____
2. _____
3. _____

27. A. ¿Tiene algún familiar, amigo o cuidador de reemplazo de emergencia para que le ayude en su hogar si usted se enferma o no puede cuidarse solo, o si su Proveedor de Servicios de Apoyo en el Hogar (In-Home Supportive Services, IHSS) no está disponible?

Sí

No

Nombre: _____

Teléfono: _____

Relación con usted: _____

B. ¿El personal de IEHP puede hablar sobre sus necesidades de atención médica o sobre su plan de atención médica con la persona (el cuidador) mencionada previamente?

Sí

No

¡Gracias por completar esta encuesta! Por favor de enviarla por correo en el sobre prepagado de respuesta a:

INLAND EMPIRE HEALTH PLAN
ATTENTION: HEALTH RISK ASSESSMENT TEAM
10801 6th Street,
Rancho Cucamonga, CA 91730