

# Evaluación de riesgo de la salud

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



**IMPORTANTE:** Por favor incluya su nombre y número de identificación.

Nombre de Miembro: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Medicaid: \_\_\_\_\_ Número de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Medico Primario: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

## Actividad física

En los últimos 7 días, cuántos días hizo ejercicio?	_____ Días
En los días en que hizo ejercicio, ¿por cuánto tiempo hizo ejercicio (en minutos)?	_____ minutos/días <input type="checkbox"/> N/C
¿Cuán intenso fue su ejercicio típico?	<input type="checkbox"/> Liviano (como estirar o caminar lentamente) <input type="checkbox"/> Moderado (como caminar enérgicamente) <input type="checkbox"/> Intenso (como trotar o nadar) <input type="checkbox"/> Muy intenso (como correr rápido o subir escaleras) <input type="checkbox"/> Actualmente no estoy haciendo ejercicio

## Consumo de tabaco

En los últimos 30 días, ¿ha consumido tabaco?	Fumó: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tabaco sin humo: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si respondió que sí a cualquiera de las preguntas, ¿le interesaría dejar de consumir tabaco en el próximo mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Consumo de alcohol

En los últimos 7 días, ¿cuántas veces bebió alcohol?	_____ Días
En los días en que bebió alcohol, ¿con qué frecuencia consumió (5 o más para hombres, 4 o más para mujeres y aquellos hombres o mujeres de 65 años de edad en adelante) tragos alcohólicos en una ocasión?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Una vez durante la semana <input type="checkbox"/> 2-3 veces durante la semana <input type="checkbox"/> Más de 3 veces durante la semana
¿Alguna vez conduce después de beber o viaja con un conductor que ha bebido?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## Nutrición

En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de frutas y verduras comió típicamente cada día? (1 porción = 1 taza de verduras frescas, 1/2 taza de verduras cocidas o 1 trozo mediano de fruta 1 taza = tamaño de una pelota de baseball)	_____ porciones por día
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos con alto contenido de fibras o integrales comió típicamente cada día? (1 porción = 1 rebanada de pan 100% de trigo integral, 1 taza de cereales integrales o de alto contenido de fibra, 1/2 taza de cereales cocidos como por ejemplo, avena, o 1/2 taza de arroz integral o pasta de trigo integral cocidos)	_____ porciones por día

<b>Nutrition</b>	
En los últimos 7 días, ¿cuántas porciones de alimentos con alto contenido de grasas o fritos comió típicamente cada día? (algunos ejemplos incluyen pollo frito, pescado frito, tocino, papas fritas, papas chips, chips de maíz, donas, aderezos de ensalada cremosos y cualquier alimento preparado con leche entera, crema, queso o mayonesa)	_____ porciones por día
En los últimos 7 días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) consumió típicamente por día?	_____ Bebidas endulzadas con azúcar consumidas por día

<b>Uso del cinturón de seguridad</b>	
¿Usa el cinturón de seguridad siempre que viaja en auto?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Depresión</b>	
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió triste, deprimido o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Casi nunca
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia sintió poco interés o placer por hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Casi nunca
¿Sus sentimientos le han causado molestias o han interferido con su capacidad para llevarse bien socialmente con la familia o con amigos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está viendo activamente a un proveedor de atención de salud del comportamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Ansiedad</b>	
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se sintió nervioso, ansioso o irritable?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Casi nunca
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia no pudo dejar de preocuparse o controlar sus preocupaciones?	<input type="checkbox"/> Casi todo el tiempo <input type="checkbox"/> La mayoría del tiempo <input type="checkbox"/> Parte del tiempo <input type="checkbox"/> Casi nunca

<b>Alto nivel de estrés</b>	
¿Con qué frecuencia el estrés es un problema para usted al momento de manejar cosas como:  su salud?  sus finanzas?	<input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre  <input type="checkbox"/> Nunca o casi nunca <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Con frecuencia <input type="checkbox"/> Siempre

## Alto nivel de estrés

sus relaciones sociales o familiares?

- Nunca o casi nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Siempre

su trabajo?

- Nunca o casi nunca
- A veces
- Con frecuencia
- Siempre

## Apoyo social/emocional

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

- Siempre
- Generalmente
- A veces
- Rara vez
- Nunca

## Dolor

En los últimos 7 días, ¿cuánto dolor ha sentido?

- Ninguno
- Un poco
- Mucho

## Salud General

En general, diría que su salud es

- Excelente
- Muy Buena
- Buena
- Regular
- Mala

¿Cómo describiría el estado de su boca y sus dientes, incluidos los dientes falsos y prótesis?

- Excelente
- Muy bueno
- Bueno
- Regular
- Malo

¿Actualmente está embarazada?

- Sí  No

¿Cuál es su idioma de preferencia?

\_\_\_\_\_

¿Cómo preferiría que nos pusiéramos en contacto con usted?

- Correo postal
- Teléfono
- Celular
- Texto
- Correo Electrónico

## Actividades de la vida diaria

En los últimos 7 días, necesitó ayuda de otros para llevar a cabo tareas cotidianas como

- Alimentarse
- Bañarse y arreglo personal
- Usar el baño
- Vestirse
- Caminar

<b>Actividades de la vida diaria</b>	
En los últimos 7 días, necesitó ayuda de otros para llevar a cabo tareas cotidianas como	<input type="checkbox"/> Lavar la ropa <input type="checkbox"/> Actividades bancarias <input type="checkbox"/> Usar el teléfono <input type="checkbox"/> Preparar la comida <input type="checkbox"/> Transporte <input type="checkbox"/> Tomar sus propios medicamentos <input type="checkbox"/> Mantenimiento del hogar <input type="checkbox"/> Hacer las compras

<b>Sueño</b>	
¿Cuántas horas de sueño tiene generalmente por noche?	_____ horas
¿Ronca o alguien le ha dicho que ronca?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En los últimos 7 días, ¿cuántas veces ha sentido sueño durante el día?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Generalmente <input type="checkbox"/> A veces <input type="checkbox"/> Rara vez <input type="checkbox"/> Nunca

<b>Presión arterial</b>	
Si en el último año controlaron su presión arterial, ¿cuál fue el resultado cuando la controlaron por última vez?	<input type="checkbox"/> Baja o normal (120/80 o menos) <input type="checkbox"/> En el límite de alta (120/80 a 139/89) <input type="checkbox"/> Alta (140/90 o más) <input type="checkbox"/> No sabe / no está seguro

<b>Colesterol</b>	
Si controlaron su colesterol en el último año, ¿cuál fue su colesterol total la última vez que lo controlaron?	<input type="checkbox"/> Deseable (por debajo de 200) <input type="checkbox"/> Cerca del límite superior (200 a 239) <input type="checkbox"/> Alto (240 o más) <input type="checkbox"/> No sabe / no está seguro

<b>Glucosa en la sangre</b>	
Si comprobaron su glucosa en sangre, ¿cómo estaba el nivel de su glucosa en sangre en ayunas (azúcar en sangre) la última vez que lo controlaron?	<input type="checkbox"/> Deseable (por debajo de 100) <input type="checkbox"/> Cerca del límite superior (100 a 125) <input type="checkbox"/> Alto (126 o más) <input type="checkbox"/> No sabe / no está seguro
Si es diabético y le han controlado el nivel de hemoglobina A1c en el último año, ¿cuánto fue su valor la última vez que lo controló?	<input type="checkbox"/> El deseable (6 o menos) <input type="checkbox"/> Cerca del límite superior (7) <input type="checkbox"/> Alto (8 o más) <input type="checkbox"/> No sabe / no está seguro

<b>Sobrepeso/obesidad</b>	
¿Cuál es su altura sin zapatos?	_____ pies _____ pulgadas
¿Cuánto pesa?	_____ libras .

Fuente: Goetzel, Ron Z., PhD, and Et Al. "Framework for a Patient-Centered Health Risk Assessment." *Framework for a Patient-Centered Health Risk Assessment*. CDC, 12 Dec. 2011. Web. 2 Feb. 2014.