**EVALUACIÓN ANUAL DE RIESGOS EN SALUD DEL BENEFICIARIO**

|  |  |
| --- | --- |
| Grupo Médico: | Fecha: |
| Nombre del Beneficiario: | Núm. de Contrato del Beneficiario: |
| Nombre del Proveedor: | NPI del Proveedor: |
| Dirección del Proveedor: | Núm. de Teléfono del Proveedor: |
| Número de fax del Proveedor: | E-mail del Proveedor: |

|  |
| --- |
| **Sección 1. DATOS DEMOGRÁFICOS GENERALES** |

**Sexo al nacer:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Género:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nivel académico más alto alcanzado:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Estatus civil:**

a. casado/a

b. soltero/a

c. divorciado/a

d. separado/a

e. viudo/a

f. convive

**¿Tiene hijos?** **a.** Sí Cuántos \_\_\_\_ **b**. No

**¿Con quién vive usted?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Ingreso aproximado del hogar (considere todos los que vivan en el mismo hogar:** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ anual/mensual

|  |
| --- |
| **Sección 2. SALUD GENERAL** |

**En general, ¿cómo describiría su estado de salud?**

a. Excelente

b. Buena

c. Regular

d. Pobre

**¿Cuándo fue la última vez que visitó a su médico (primario)?**

1. El mes pasado
2. En los últimos tres (3) meses
3. En los últimos seis (6) meses
4. En los últimos nueve (9) meses
5. Hace un año
6. Hace más de un año
7. Nunca

|  |
| --- |
| **Guias Recomendadas** |
| **BMI (kg/m2)** | **Desde** | **Hasta** |
| **Bajo peso** |  | menos de 18.5 |
| **Normal** | 18.5 | 25.0 |
| **Sobre peso** | 25.0 | 29.9 |
| **Ebesidad** | 30.0 | 39.9 |
| **Obesidad extrema** | mayor de 40.0 |  |

**¿Cuál es su peso y estatura?** \_\_\_\_\_\_\_\_lbs. \_\_\_\_\_\_\_\_\_ pulgadas

**Entrevistador/a:** Calcule/anote Indice de Masa Corporal (BMI) del Pte:\_\_\_\_\_\_\_

**¿Le ha diagnosticado un médico alguna de las siguientes condiciones?** *Marque todas las que apliquen.*

* Anemia Aplástica
* Artritis Reumatoidea
* Asma
* Autismo
* Cáncer
* Cáncer de piel In-situ
* Cáncer de piel invasivo
* Déficit de Atención/ Desorden de Hiperactividad (ADHD)
* Depresión
* Desorden de uso de substancias (SUD)
* Diabetes Melitus
* Embarazo (actualmente embarazada)
* Enfermedad Mental Severa (SMI)
* Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD)
* Escleroderma
* Esclerosis Lateral Amiotrófica (ALS)
* Esclerosis Múltiple
* Fenilcetonuria (PKU) en adultos
* Fibrosis Quística
* Hemofilia
* Hipertensión
* Hipertensión Pulmonar
* HIV
* Inuficiencia Cardiaca Crónica (CHF)
* Lepra
* Lupus Sistémico Eritematoso (SLE)
* Niño con condición especial
* Renal (incluyendo CKD & ESRD)
* Trasplante de Órganos
* Tuberculosis
* Otras Condiciones (especifique):

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Es alérgico a medicamentos o alimentos?** a. Sí \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ b. No

**¿Cuáles/cuántos medicamentos recetados toma diariamente?** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 **¿Tiene alguna dificultad para tomar medicamentos según se los receta el doctor?** *Marque todas las que apliquen.*

* 1. No tengo dificultad para tomar medicamentos como me los receta el doctor.
	2. A veces es difícil leer las instrucciones.
	3. A no entiendo bien las instrucciones sobre cómo tomar el medicamento.
	4. Olvido tomar mis medicamentos con regularidad.
	5. Estoy confundido sobre qué medicamentos tomar o cuándo debo tomarlos.
	6. No creo que sea necesario tomar mis medicamentos todo el tiempo
	7. No me gustan los efectos secundarios de los medicamentos. (No me caen bien)
	8. Otra dificultad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**En las pasadas 4 semanas, ¿alguna situación médica le evitó poder trabajar o hacer alguna actividad?:** ☐ Si ☐ No

**En los pasados 7 días, ¿cuánto dolor ha sentido?:** ­­­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(Escala del 1 al 10; el “1” siendo la menor intensidad y “10” la mayor intensidad.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Seleccione todas las que haya realizado en los últimos 12 meses***:  | **Sí** | **No** | **No Recuerda** | **No Aplica** |
|  |  |  |  |  |
| **Evaluación para Cáncer Cervical** |  |  |  |  |
| **Detección del Cáncer de Colon** *(Especifique)*1. Prueba de sangre oculta en las heces con guayacol “*Guaiac-based”* (gFOBT)
2. Prueba inmunoquímica fecal (FIT)
3. Sigmoidoscopía
4. Colonoscopía
 |  |  |  |  |
| **Vacunas** |  |  |  |  |
| **Influenza** |  |  |  |  |
| **Pneumococo** |  |  |  |  |
| **COVID-19** |  |  |  |  |
| **Otra:** |  |  |  |  |
| **Visita al dentista** |  |  |  |  |
| **Otra visita médica o estudio:** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**¿Su médico (primario) le ha ordenado usar alguno de los siguientes equipos o terapias?** *Marque todas las que apliquen*.

1. Ventilador Mecánico
2. CPAP
3. BPAP
4. Cuidado de Úlceras/Heridas
5. Alimentación Enteral
6. Equipo Médico Duradero (DME) y/o suplidos (silla de ruedas, cama, matre de gel, catéteres & other)
7. Protesis y/o Aparato Ortótico
8. Terapia Física
9. Terapia Ocupacional
10. Suministro de ostomía
11. Oxigeno
12. Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
13. Ninguno

|  |
| --- |
| **Sección 3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA** *(Katz ADL Index)* |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ACTIVIDADES**Puntuación (1 o 0)  | **Independiente**(1 Punto)**SIN** supervisión, dirección o asistencia personal. | **Dependiente**(0 Punto)**CON** supervisión, dirección,asistencia personal o cuidado total. |
| **BAÑARSE**Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO**) Se baña completamente onecesita ayuda para bañarse solo una parte del cuerpo como la espalda, los genitales zona o extremidad discapacitada. | **(0 PUNTOS)** Necesita ayuda enbañar más de una parte delcuerpo, entrar o salir de la bañera o ducha. Requiere baño completo |
| **VESTIRSE** Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO)** Sacar ropa de los armariosy cajones y se pone la ropa yprendas exteriores completas con sujetadores.Puede tener ayuda para atarse los zapatos. | **(0 PUNTOS)** Necesita ayuda paravestirse solo o necesita sercompletamente vestido. |
| **USAR INODORO** Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO)** Va al inodoro, se sube yse baja, arregla la ropa, se limpia el área genital sin ayuda. | **(0 PUNTOS)** Necesita ayudapara transferirse al baño, limpiarseo usa orinal (bacinilla)..  |
| **TRANSFERENCIA** Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO)** Entra y salede la cama osilla sin ayuda. Asistencia con transferencia mecánica es aceptable. | **(0 PUNTOS)** Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere una transferencia completa. |
| **CONTINENCIA**Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO)** Ejerce completocontrol sobre la micción y la defecación. | **(0 PUNTOS)** Es parcial o totalmente incontinente de intestino o vejiga. |
| **ALIMENTACIÓN**Points: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  | **(1 PUNTO)** Lleva la comida del plato aboca sin ayuda. preparación de alimentos puede ser realizado por otra persona. | **(0 PUNTOS)** Necesita ayuda parcial o total con la alimentación o requiere alimentación parenteral. |
| **PUNTOS TOTALES: \_\_\_\_\_\_\_\_ PUNTUACIÓN: 6 = Alta** *(paciente independiente)* **0 = Baja** *(paciente muy dependiente)* |

Traducido de: <https://hign.org/consultgeri/try-this-series/katz-index-independence-activities-daily-living-adl>

|  |
| --- |
| **Sección 4. UTILIZACIÓN** |

¿**Cuántas veces ha visitado la Sala de Emergencias en los últimos seis (6) meses?**

1. 0 visitas
2. 1 – 3 visitas
3. 4 – 7 visitas
4. Más de 7 visitas

**¿Cuántas veces ha estado hospitalizado en los pasados 12 meses?**

* 1. 0
	2. 1
	3. 2
	4. 3 o más

**Durante el pasado mes, ¿Fue usted admitido en el hospital?** a. Sí b.No

**Si estuvo hospitalizado durante el pasado mes**, ¿Su médico primario le realizó una reconciliación de medicamentos cuando salió de alta? a. Sí b.No

|  |
| --- |
| **Sección 5. ESTILO DE VIDA** |

**Indique cuál de los siguientes utiliza:**

Cigarrillo: ☐ Sí ☐ No

Cigarro: ☐ Sí ☐ No

E-Cigarette (Cigarillo electrónico, Vaping, Vapeo, Juuling):

 ☐ **Sí**  a. tabaco/nicotina b. canabis c. otro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ☐ **No**

Otro: (pipa, hooka) ☐ **Sí** \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_­­­­\_\_\_\_\_\_ ☐ **No**

**¿Sigue prácticas de sexo seguro** (Ej. condón)**:** ☐ N/A ☐ Sí ☐ No

**¿Cuántas bebidas alcohólicas (vino, tragos, cerveza) toma usualmente al día?** \_\_\_\_\_\_\_

**¿Cuántas bebidas alcohólicas (vino, tragos, cerveza) toma usualmente a la semana?** \_\_\_\_\_\_\_

**En los pasados 7 días, ¿cuántas porciones de frutas o vegetales come por día?**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**¿Hace alguna actividad física?**

a. **Sí** Tipo de actividad y cúantas veces a la semana : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

b. **No**

**¿Cómo se transporta usted habitualmente?** *Marque una (1) alternativa.*

1. Conduzco yo.
2. Conduce otra persona (familiar, amistad)
3. Uso transporte público
4. Uso taxi (Ej. Úber)

**Si es mayor de 65 años**: ¿Tiene historial de caídas en los últimos 3 meses?

* 1. Sí
	2. No
	3. No aplica (N/A)

**¿Tiene unas directrices médicas anticipadas para el fin de vida en caso de que no pueda comunicarse?**

Sí b. No

|  |
| --- |
| **NECESIDADES SOCIALES** |

***Seleccione todos los que aplique***:

\_\_ No poseo transportación.

\_\_ No poseo un cuidador y necesito uno.

\_\_ Soy cuidador de adulto mayor o persona con discapacidad.

\_\_ No tengo un lugar seguro donde vivir.

\_\_ No tengo suficientes recursos para comprar mis alimentos.

\_\_ No poseo nevera o no funciona.

\_\_ No tengo cómo/dónde cocinar mis alimentos.

\_\_ Algunos días de la semana no tengo alguien que me provea asistencia para realizar mis actividades cotidianas *(bañarse, alimentarse, moverse de cama a silla, otro)*

**¿Trabaja actualmente?**

☐ **Sí** ☐ Tiempo completo ☐ Tiempo regular

☐ **No**

**¿Tiene una vivienda fija?**

a.  **Sí** ¿Es Segura? \_\_Sí \_\_\_No

b. **No** ¿Con quién/donde vive? (refugio, al aire libre, auto, en casa de familia o amigos) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Sección 6. SALUD MENTAL**

**Indique con qué frecuencia durante las pasadas dos (2) semanas se ha sentido así:***(Escoja una sola respuesta por pregunta)*

1. **¿Cuán frecuente se ha sentido con poco interés o placer en hacer las cosas?**

a. Nunca

b. Varios días

c. Más de la mitad de los días

d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente se ha sentido desanimado, deprimido, o sin esperanza?**

a. Nunca

b. Varios días

c. Más de la mitad de los días

d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente ha presentado problemas para dormir o para mantenerse dormido, o duerma demasiado?**

a. Nunca

b. Varios días

c. Más de la mitad de los días

d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente se ha sentido cansado o con poca energía?**

a. Nunca

b. Varios días

c. Más de la mitad de los días

d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente ha tenido poco apetito o por el contrario, come en exceso?**

a. Nunca c. Más de la mitad de los días

b. Varios días d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente ha sentido falta de amor propio, que sea un fracaso, o que se ha decepcionado a sí mismo o a su familia?**

a. Nunca c. Más de la mitad de los días

b. Varios días d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión?**

a. Nunca c. Más de la mitad de los días

b. Varios días d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente se mueve o habla tan lentamente que otras personas se pueden dar cuenta o, por el contrario, esté tan agitado/a o inquieto/a que se mueve mucho más de lo aconstumbrado?**

a. Nunca c. Más de la mitad de los días

b. Varios días d. Casi todos los dias

1. **¿Cuán frecuente se le han ocurrido pensamientos de que sería mejor estar muerto/a o de que se haría daño a usted o a otros de alguna manera?**

a. Nunca c. Más de la mitad de los días

b. Varios días d. Casi todos los dias

1. *(Si contestó “b” “c”, “d” en premisas 1-9)*

**¿Cuán difícil se le ha hecho cumplir con su trabajo, atender su casa, o relacionarse con otras personas debido a estos problemas?**

* 1. Nada en absoluto c. Muy difícil
	2. Algo difícil d. Extremadamente difícil

|  |
| --- |
| **Sección 7**. **¿Alguna necesidad en salud particular que desee comunicar o tiene algún comentario?** (**Entrevistador/a:** *Anotar necesidad o comentario que indique el beneficiario)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Sección 8. OBSERVACIONES** *(****Otras necesidades identificadas por persona que entrevista****. Ej. referido a programa de manejo, otros referidos, factores de riesgo percibidos, etc.)* |
|  |