

# ATTACHMENT 17

HRA  
(EN/ES)

**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

d. separado/a

b. soltero/a

e. viudo/a

c. divorciado/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)?

a. El mes pasado

e. Hace un año

b. En los últimos tres (3) meses

f. Hace más de un año

c. En los últimos seis (6) meses

g. Nunca

d. En los últimos nueve (9) meses

**ADMINISTRACION DB  
SEGUROS DE SALUD**

Nº 23 - 0046

EMR



Contrato Número

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

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

Guías Recomendadas		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	Desde	Hasta
Bajo peso		menos de 18.5
Normal	18.5	25.0
Sobre peso	25.0	29.9
Ebésidad	30.0	39.9
Obesidad extrema	mayor de 40.0	

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

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

¿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.

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

En las pasadas 4 semanas, ¿alguna situación le impidió poder trabajar o hacer alguna actividad?:  Sí  No

HRA\_ASES\_ESPAÑOL

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD  
Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

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
<b>Evaluación para Cáncer Cervical</b>				
<b>Detección del Cáncer de Colon (Especifique)</b>				
a. Prueba de sangre oculta en las heces con guayacol "Guaiac-based" (gFOBT)				
b. Prueba inmunoquímica fecal (FIT)				
c. Sigmoidoscopia				
d. Colonoscopia				
<b>Vacunas</b>				
<b>Influenza</b>				
<b>Pneumococo</b>				
<b>COVID-19</b>				
<b>Otra:</b>				
<b>Visita al dentista</b>				
<b>Otra visita médica o estudio:</b>				

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

- |   |                          |
|---|--------------------------|
| a. Ventilador Mecánico  | i. Terapia Ocupacional   |
| b. CPAP   | j. Suministro de ostomía |
| c. BPAP   | k. Oxígeno               |
| d. Cuidado de Úlceras/Heridas   | l. Otro: _____           |
| e. Alimentación Enteral   | m. Ninguno               |
| f. Equipo Médico Duradero (DME) y/o suplidos (silla de ruedas, cama, madre de gel, catéteres & other) |                          |
| g. Prótesis y/o Aparato Ortótico  |                          |
| h. Terapia Física   |                          |

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

<b>Sección 3. ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA (Katz ADL Index)</b>		
<b>ACTIVIDADES</b> Puntuación (1 o 0)	<b>Independiente</b> (1 Punto) <b>SIN</b> supervisión, dirección o asistencia personal.	<b>Dependiente</b> (0 Punto) <b>CON</b> supervisión, dirección, asistencia personal o cuidado total.
<b>BAÑARSE</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Se baña completamente o necesita ayuda para bañarse solo una parte del cuerpo como la espalda, los genitales zona o extremidad discapacitada.	<b>(0 PUNTOS)</b> Necesita ayuda en bañar más de una parte del cuerpo, entrar o salir de la bañera o ducha. Requiere baño completo
<b>VESTIRSE</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Sacar ropa de los armarios y cajones y se pone la ropa y prendas exteriores completas con sujetadores. Puede tener ayuda para atarse los zapatos.	<b>(0 PUNTOS)</b> Necesita ayuda para vestirse solo o necesita ser completamente vestido.
<b>USAR INODORO</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Va al inodoro, se sube y se baja, arregla la ropa, se limpia el área genital sin ayuda.	<b>(0 PUNTOS)</b> Necesita ayuda para transferirse al baño, limpiarse o usa orinal (bacinilla).
<b>TRANSFERENCIA</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Entra y sale de la cama o silla sin ayuda. Asistencia con transferencia mecánica es aceptable.	<b>(0 PUNTOS)</b> Necesita ayuda para moverse de la cama a la silla o requiere una transferencia completa.
<b>CONTINENCIA</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Ejerce completo control sobre la micción y la defecación.	<b>(0 PUNTOS)</b> Es parcial o totalmente incontinente de intestino o vejiga.
<b>ALIMENTACIÓN</b> Points: _____	<b>(1 PUNTO)</b> Lleva la comida del plato a boca sin ayuda. preparación de alimentos puede ser realizado por otra persona.	<b>(0 PUNTOS)</b> Necesita ayuda parcial o total con la alimentación o requiere alimentación parenteral.
<b>PUNTOS TOTALES:</b> _____ <b>PUNTUACIÓN: 6 = Alta (paciente independiente)    0 = Baja (paciente muy dependiente)</b>		

Traducido de: <https://hign.org/consult/geri/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?

- 0 visitas
- 1 – 3 visitas
- 4 – 7 visitas
- Más de 7 visitas

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

- 0
- 1
- 2
- 3 o más

**ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD**

**Nº 23 - 0046**

*EMR* 

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 (Cigarrillo electrónico, Vaping, Vapeo, Juuling):

Sí a. tabaco/nicotina b. cannabis 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 cuántas veces a la semana : \_\_\_\_\_

b. No

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

- a. Conduzco yo.
- b. Conduce otra persona (familiar, amistad)
- c. Uso transporte público
- d. Uso taxi (Ej. Uber)

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

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

- a. Sí
- b. No
- c. No aplica (N/A)

EMR  
Nº 23 - 0046  
Contrato Número

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

- a. 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 días
2. ¿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 días
3. ¿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 días

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

4. **¿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 días
5. **¿Cuán frecuente ha tenido poco apetito o por el contrario, come en exceso?**
- a. Nunca  
b. Varios días  
c. Más de la mitad de los días  
d. Casi todos los días
6. **¿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  
b. Varios días  
c. Más de la mitad de los días  
d. Casi todos los días
7. **¿Cuán frecuente ha tenido dificultad para concentrarse en cosas tales como leer el periódico o mirar la televisión?**
- a. Nunca  
b. Varios días  
c. Más de la mitad de los días  
d. Casi todos los días
8. **¿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 acostumbrado?**
- a. Nunca  
b. Varios días  
c. Más de la mitad de los días  
d. Casi todos los días
9. **¿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  
b. Varios días  
c. Más de la mitad de los días  
d. Casi todos los días
10. *(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?**
- a. Nada en absoluto  
b. Algo difícil  
c. Muy difícil  
d. Extremadamente difícil

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

EMR

Contrato Número



**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.)**

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

EMR

Contrato Número



### ANNUAL HEALTH RISK ASSESSMENT

Medical Group Name:	Date:
Name of Beneficiary:	MPI:
Provider Name:	Provider NPI:
Provider Address:	Provider Phone Number:
Provider Fax:	Provider E-mail:

#### Section 1. GENERAL DEMOGRAPHIC DATA

Sex (at birth): \_\_\_\_\_

Gender: \_\_\_\_\_

Highest academic level achieved: \_\_\_\_\_

Civil Status:

- a. married
- b. single
- c. divorced
- d. separated
- e. widowed
- f. civil union

Do you have children? a. Yes How many? \_\_\_\_ b. No

Who do you live with? \_\_\_\_\_

Approximate household annual income (consider everyone living in your home): \_\_\_\_\_ annual/monthly

#### Section 2. GENERAL HEALTH

In general, how would you described your health status?

- a. Excellent
- b. Good
- c. Regular
- d. Poor

When was the last time that you visited your Primary Care Provider (PCP)?

- a. Last month
- b. During the last three (3) months
- c. During the last six (6) months
- d. During the last nine (9) months
- e. A year ago
- f. More than a year ago
- g. Never

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

EMR

Contrato Número

What is your current weight and height \_\_\_\_\_ Lbs. \_\_\_\_\_ inches

Interviewer: Calculate/Annotate Pt's Body Mass Index (BMI): \_\_\_\_\_

Recommended Guidelines		
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	From	To
Underweight		less than 18.5
Normal	18.5	25.0
Overweight	25.0	29.9
Obesity	30.0	39.9
Extreme Obesity	greater than 40.0	

Have you been diagnosed with any of the following conditions? Select all that apply.

- ADHD (Attention Deficit / Hiperactivity Disorder)
- Adult PKU (Phenilketonuria)
- ALS (Amyotrophic Lateral Sclerosis)
- Amyotrophic Lateral Sclerosis
- Aplastic Anemia
- Asthma
- Autism
- Cancer
- Children with Special Needs
- Chronic Heart Failure
- COPD (Chronic Obstructive Pulmonary Disease)
- Cystic Fibrosis
- Depression
- Diabetes Mellitus
- Hemophilia
- HIV

- Hypertension
- Invasive Skin Cancer
- Leprosy
- Organ Transplant
- Pregnancy (pregnant at the moment)
- Pulmonary Hypertension
- Renal (including CKD & ESRD)
- Rheumatoid Arthritis
- Scleroderma
- Severe Mental Illness
- SLE / Lupus (Systemic Lupus Erythematosus)
- Squamous cell carcinoma in situ
- Substance use disorder (SUD)
- Tuberculosis
- Other conditions (specify): \_\_\_\_\_

Do you have any allergies? a. Yes \_\_\_\_\_ b. No \_\_\_\_\_

Write ALL the prescription drugs that you take daily:

---



---



---

Do you have any difficulty in taking medicine as prescribed by your doctor? Select all that apply.

- a. I don't have any difficulty in taking medicine as prescribed by my doctor.
- b. I sometimes find difficulty in reading the instructions.
- c. I don't understand the instructions well on how to take my medicine.
- d. I regularly forget to take my medicine.
- e. Im confused about what medicine to take and when I have to take them.
- f. I don't think it is necessary to take my medicine all the time.
- g. I don't like the side effects of the medicine.
- h. Other difficulty: \_\_\_\_\_

In the past 4 weeks, did any medical condition prevented you from being able to work or do any other activity?

Yes  No

ADMINISTRACION DE SEGUROS DE SALUD

№ 23 - 0046

In the past 7 days, how much pain have you felt? \_\_\_\_\_ (on a scale from 1 to 10, 1 being the lowest and 10 being most intense)

Select all you had done in the past 12 months:	Yes	No	Does not remember	Does not apply
<b>Cervical Cancer Evaluation</b>				
<b>Colon Cancer Detection (Specify)</b>				
a. Guaiac-based fecal occult blood test (gFOBT)				
b. Fecal immunochemical test (FIT)				
c. Sigmoidoscopy				
d. Colonoscopy				
<b>Vacunas</b>				
<b>Influenza</b>				
<b>Pneumococcal</b>				
<b>COVID-19</b>				
<b>Other:</b>				
<b>Dentist visit:</b>				
<b>Other medical visit or study:</b>				

Has your primary care provider ordered you to use any of the following equipment or therapies? Select all that apply.

- a. Mechanical Ventilator
- b. CPAP
- c. BPAP
- d. Ulcer/Wound care
- e. Enteral Feeding
- f. Durable Medical Equipment a/or Supply  
(wheelchair, bed, gel mattress, catheter & other)
- g. Prothesis and/or Orthotics
- h. Physical Therapy
- i. Occupational Therapy
- j. Ostomy supplies
- k. Oxygen
- l. Other: \_\_\_\_\_
- m. None

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

<b>Section 3. REGULAR DAY ACTIVITY (Katz ADL Index)</b>		
<b>ACTIVITIES</b> Points ("1" or "0")	<b>Independent</b> (1 Point) <b>NO</b> supervision, direction, or personal assistance	<b>Dependent</b> (0 Points) <b>WITH</b> supervision, direction, personal assistance, or total care
<b>BATHING</b> Points: _____	(1 POINT) Bathes self completely or needs help in bathing only a single part of the body such as the back, genital area or disabled extremity.	(0 POINTS) Needs help with bathing more than one part of the body, getting in or out of the tub or shower. Requires total bathing.
<b>DRESSING</b> Points: _____	(1 POINT) Gets clothes from closets and drawers and puts on clothes and outer garments complete with fasteners. May have help tying shoes.	(0 POINTS) Needs help with dressing self or needs to be completely dressed.
<b>TOILETING</b> Points: _____	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.	(1 POINT) Goes to toilet, gets on and off, arranges clothes, cleans genital area without help.
<b>TRANSFERRING</b> Points: _____	(1 POINT) Moves in and out of bed or chair unassisted. Mechanical transferring aides are acceptable	(0 POINTS) Needs help in moving from bed to chair or requires a complete transfer.
<b>CONTINENCE</b> Points: _____	(1 POINT) Exercises complete self-control over urination and defecation.	(0 POINTS) Is partially or totally incontinent of bowel or bladder
<b>FEEDING</b> Points: _____	(1 POINT) Gets food from plate into mouth without help. Preparation of food may be done by another person	(0 POINTS) Needs partial or total help with feeding or requires parenteral feeding.
<b>TOTAL POINTS:</b> _____ <b>6 = High (patient independent)</b> <b>0 = Low (patient very dependant)</b>		

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

#### Section 4. UTILIZATION

How many times have you visited the Emergency Room in the past six (6) months?

- a. 0 visits
- b. 1 – 3 visits
- c. 4 – 7 visits
- d. More than 7 visits

How many times have you been hospitalized in the past 12 months?

- a. 0
- b. 1
- c. 2
- d. 3 or more

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

EMR

During the last month, Were you admitted to a hospital? a. Yes b.No

If you were hospitalized during last month, Did your PCP do a medication reconciliation after being discharged?  
a. Yes b.No

### Sección 5. HEALTH HABITS

Indicate which of the following you use:

Cigarettes:  Yes  No

Cigar:  Yes  No

E-Cigarette (Vaping, juuling):

Yes a. tobacco/nicotine b. cannabis c. other \_\_\_\_\_  No

Other: (pipe, hooka)  Yes \_\_\_\_\_  No

Do you practice "safe-sex"? (Ex. Condom):  N/A  Yes  No

How many alcoholic beverages (wine, mixed-drinks, beer) do you usually consume per day? \_\_\_\_\_

During the last 7 days, how many portions of fruits or vegetables have you eaten per day? \_\_\_\_\_

Do you engage in physical activity?

a. Yes Type of activity and how many times per week: \_\_\_\_\_

b. No

How do you transport usually? Choose one (1) alternative.

- a. I drive myself.
- b. Somebody drives me (relative, friend)
- c. I use public transportation
- d. I use taxi (Ex. Uber)

If older than 65 years: During the last three months, Have you fallen down?

- a. Yes
- b. No
- c. Does not apply

Have you prepared Advance (anticipated) Medical Directives in case you are in a medical situation where you cannot communicate your will about what type of treatments you want (or do not want) to receive?

- a. Yes
- b. No

**SOCIAL NEEDS**

**Choose all that apply to you:**

- I am without transportation.
- I do not have a caregiver but I need one.
- I am a caregiver for an older adult or person with disability.
- I don't have a safe place to live.
- I do not have enough resources to attain food.
- I do not own a refrigerator or it doesn't work.
- I don't have a way/or place to cook my food.
- Some days of the week I have no one to assist me with my daily living activities. (bathe, feeding, move from bed to chair, other)

**Are you employed?**

- Yes  Full-time  Part-time
- No

**Do have a permanent housing?**

- a. **Yes.** Is your housing situation safe/secure?  Yes  No
  - b. **No.** Who do you live with/ or where? (Shelter, outdoor, car, relatives, or friends)
- 

**Section 6. BEHAVIORAL HEALTH**

Indicate how frequently you have felt like this during the last two (2) weeks: (Choose only one answer per each question)

- 1. **How often have you felt little interest or pleasure in doing things?**
  - a. Never
  - b. Some days
  - c. More than half of the time
  - d. Almost every day
  
- 2. **How often have you felt have felt down, depressed, or hopeless?**
  - a. Never
  - b. Some days
  - c. More than half of the time
  - d. Almost every day
  
- 3. **How often have you had trouble sleeping/staying asleep, or sleeping too much?**
  - a. Never
  - b. Some days
  - c. More than half of the time
  - d. Almost every day

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

4. **How often have you felt tired or low on energy?**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
5. **How often do you have poor appetite or overeat??**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
6. **How often have you felt that you lack self-esteem, that you are a failure, or that you have let yourself or your family down?**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
7. **How often have you had difficulty concentrating on things such as reading the newspaper or watching television?**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
8. **How often do you move or speak so slowly that other people can tell or, on the contrary, are so agitated or restless that you move much more than usual?**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
9. **How often have you had thoughts of being better off dead or harming yourself or others in some way?**
- a. Never  
b. Some days  
c. More than half of the time  
d. Almost every day
10. *(ONLY If you answered "b" "c", "d" in items 1-9)*
- How difficult has it been for you to do your job, take care of your home, or get along with other people because of these problems?**
- a. Absolutely not difficult  
b. Somewhat difficult  
c. Very difficult  
d. Extremely difficult

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número



EMR



**Section 7. Do you have any health needs you would like to communicate or any commentary? (Interviewer: Write enrollee's need or comment)**

**Section 8. OBSERVATIONS (Take notes of other needs identified by interviewer, e.g., referral to management program, other referrals, perceived risk factors.)**

ADMINISTRACION DE  
SEGUROS DE SALUD

Nº 23 - 0046

Contrato Número

EMR

