



CalOptima Health
 A Public Agency
 505 City Parkway West
 Orange, CA 92868
 ☎ 714-246-8400
 📞 TTY 711
 ⓘ caloptima.org

Plan de OneCare

Evaluación de riesgos de salud

En OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, queremos brindarle acceso a una buena atención médica que cumpla con sus necesidades de salud. Sus respuestas a las preguntas de esta evaluación nos ayudarán a servirle mejor. Su información se mantendrá confidencial y sus respuestas solo serán compartidas con su médico general y con quienes lo atienden o ayudan a cumplir con sus necesidades de salud. Su acceso a los servicios de atención médica **no** será afectado por completar esta evaluación.

Un miembro del equipo de OneCare puede hacerle estas preguntas por teléfono, a través de una videollamada o en persona. Para solicitar ayuda para completar esta evaluación, llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734 (TTY 711)**. Contamos con personal que habla su idioma. **Llame a este número si necesita ayuda para completar esta evaluación.**

Si no necesita ayuda con esta evaluación, llénela y envíenosla por correo postal tan pronto como pueda utilizando el sobre con franqueo pagado adjunto.

Apellido:	Nombre:	Plan de salud:
CalOptima ID # (CIN):	Teléfono (casa):	Teléfono (celular):
Dirección:		Correo electrónico:
Estatura:	Peso:	Fecha de hoy:
Fecha de nacimiento:		Género:

Instrucciones:

- Lea cada pregunta y marque su respuesta en la casilla de la siguiente manera: .
- En algunas de las preguntas se le pide que escriba una respuesta en la línea. Escriba su respuesta en la línea al lado de la pregunta.

¡Gracias por su atención!

1. ¿Alguien le ayudó a responder esta evaluación?

- Sí, la persona que me cuida Sí, mi tutor legal Sí, un pariente o amigo
 No, respondí la evaluación yo mismo(a) Otro (explique): _____

a. Si su respuesta es afirmativa, ¿por qué necesitó ayuda?

- No puedo ver bien No puedo leer bien No entiendo algunas de las preguntas
 Otro (explique): _____

2. ¿Qué idioma prefiere hablar?

- Inglés Español Vietnamita Árabe Coreano
 Persa Cantonés Mandarín Otro: _____

Salud anterior y actual

3. En general, ¿cómo calificaría su salud?:

- Muy buena Buena Estable Mala

4. ¿Cuándo fue la última vez que se atendió con su médico general primario u otro médico?

- Hace menos de 6 meses Hace 6 a 12 meses Hace más de 1 año Nunca

5. ¿Ha recibido algunos de los siguientes? (Marque una X en las casillas junto a los que ha recibido).

- Vacuna contra la gripe inyectable o por vapor en el último año
 Vacuna contra la neumonía en los últimos 5 años
 Vacuna contra el herpes zóster (culebrilla) en los últimos 5 años
 Examen de detección del cáncer colorrectal en el último año
 Mamografía en los últimos 2 años (solo mujeres)
 Prueba de Papanicolaou en los últimos 3 a 5 años (solo mujeres)
 Prueba de densidad ósea (prueba de osteoporosis)

6. En los últimos 3 meses, ¿le han dicho que necesita una cirugía, pero no se la ha realizado?

- Sí No Fue recomendado, pero me negué

Nombre de la cirugía recomendada: _____

7. ¿Qué problemas de salud continuas tiene? (Marque una X en las casillas junto a las enfermedades que tiene).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alzheimer o demencia | <input type="checkbox"/> Presión arterial alta |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (nefropatía) |
| <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar | <input type="checkbox"/> Problemas hepáticos (hígado) |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) o enfisema | <input type="checkbox"/> Esclerosis múltiple |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia |

- Epilepsia o trastorno convulsivo
- Insuficiencia cardíaca
- Hepatitis C

- Accidente cerebrovascular (derrame)
 - Problemas de tiroides
 - Otro (escriba la[s] enfermedad[es]):
-

8. **¿Ha tenido algún cambio o problemas para pensar, recordar o tomar decisiones?**

- Sí No

9. **¿Tiene algún problema de salud que siente que está empeorando?**

- Sí No

Si su respuesta es afirmativa, escriba los problemas: _____

10. **¿Tiene alguna herida, llaga o ruptura en la piel que no está siendo tratada?**

- Sí No

Si su respuesta es afirmativa, descríbala: _____

11. **¿Cuántos medicamentos recetados toma?** Ninguno 1 a 5 6 o más

12. **Nos gustaría preguntarle cómo cree que está manejando sus problemas de salud.**

a. **¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos?** Sí No

b. **¿Necesita ayuda para llenar los formularios médicos?** Sí No

c. **¿Necesita ayuda para responder preguntas durante sus consultas médicas?** Sí No

13. **¿Tiene algún problema para surtir sus medicamentos recetados en este momento?** Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué medicamento(s)? _____

14. **En los últimos 6 meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias del hospital?**

- Nunca 1 vez 2 veces o más

15. **En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se quedó en un hospital durante la noche?**

- Nunca 1 vez 2 veces o más

16. **¿Cuál es su inquietud principal sobre su salud?** _____

Atención especializada

17. **¿Está recibiendo atención de un especialista actualmente?** Los especialistas son médicos como cirujanos, cardiólogos, dermatólogos, profesionales de la salud mental y otros médicos que son expertos en una rama de medicina específica.

- Sí No

Si su respuesta es afirmativa, escriba el/los nombre(s) de su(s) especialista(s) y especialidad.

Ejemplo: John Smith, Oncología _____

18. ¿Cuándo fue la última vez que acudió a un especialista?

Hace menos de 6 meses

Hace 6 a 12 meses

Hace más de un año

19. ¿Tiene dolor que afecta sus actividades diarias? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué parte del cuerpo tiene dolor? _____

Califique su nivel de dolor del 1 al 10 (1 siendo el menor y 10 el mayor dolor): _____

Si su nivel de dolor es de 5 o más, ¿qué está haciendo para ayudar a controlar el dolor? _____

20. ¿Tiene cáncer? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de cáncer? _____

¿Está recibiendo tratamiento contra el cáncer ahora? Sí No

21. ¿Recibió un trasplante en el último año? Sí No

a. Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de trasplante? _____

22. ¿Recibe tratamiento de diálisis? Sí No

23. ¿Está embarazada? (solo mujeres) Sí No No aplica

Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo es su fecha de parto? _____

¿Está recibiendo atención prenatal? Sí No

Vivienda y funciones cotidianas

24. ¿Dónde o con quién vive actualmente?

Vivo solo

No tengo vivienda

Vivo con mi familia, amigo o pareja

Motel

Le pago a alguien para que me cuide y viva conmigo

Otro (escriba): _____

Pensión y centro de atención

25. ¿Puede vivir con seguridad y moverse fácilmente en su hogar? Sí No

Si su respuesta es negativa, el lugar donde vive tiene:

a. Buena iluminación Sí No

b. Buena calefacción Sí No

c. Buena ventilación Sí No

d. Rieles para escaleras o rampas Sí No

e. Agua caliente Sí No

- f. Aseo interior Sí No
- g. Una puerta al exterior que se cierra Sí No
- h. Escaleras para entrar a su casa o escaleras dentro de su casa Sí No
- i. Elevador Sí No
- j. Espacio para usar una silla de ruedas Sí No
- k. Forma fácil de salir de su casa Sí No

26. **¿Se ha caído en el último mes?** Sí No
- a. **¿Tiene miedo de caerse?** Sí No

27. **¿Necesita ayuda para realizar alguna de estas actividades?**

- a. Bañar o ducharse Sí No
- b. Subir escaleras Sí No
- c. Comer Sí No
- d. Vestirse Sí No
- e. Aseo personal, como cepillarse los dientes, el cabello, afeitarse Sí No
- f. Preparar comidas y cocinar Sí No
- g. Levantarse de una cama o silla Sí No
- h. Ir de compras y al mercado Sí No
- i. Usar el baño Sí No
- j. Caminar Sí No
- k. Lavar los trastes o la ropa Sí No
- l. Hacer cheques o llevar un registro de sus finanzas Sí No
- m. Conseguir que lo lleven al médico o para ver a sus amigos Sí No
- n. Hacer quehaceres domésticos o jardinería Sí No
- o. Salir a visitar a familiares o amigos Sí No
- p. Usar el teléfono Sí No
- q. Recordar sus citas Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita para realizar estas actividades? Sí No

28. **¿Tiene familiares u otras personas dispuestas y capaces de ayudarle cuando lo necesite?** Sí No

Si su respuesta es afirmativa, escriba el nombre y relación del cuidador _____

29. **¿Alguna vez ha pensado que su cuidador tiene dificultades para brindarle toda la ayuda que necesita?**
 Sí No

a. **Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo de apoyo cree que necesita su cuidador?** _____

30. **¿Tiene problemas con sus dientes los cuales le impiden comer una dieta saludable?**

Sí No

a. Si su respuesta es afirmativa, explique: _____

31. ¿A menudo le resulta difícil pasar (tragar) alimentos o líquidos sin sentir que se ahoga? Sí No

Bienestar mental

32. En las últimas 2 semanas, ¿ha tenido poco interés o placer en hacer cosas?

No Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

33. En las últimas 2 semanas, ¿se ha sentido deprimido, triste o desesperanzado?

No Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

34. En los últimos 30 días, ¿cuántos días se ha sentido solo?

No, nunca me siento solo Menos de 5 días
 Más de la mitad de los días (más de 15) Me siento solo la mayoría de los días

35. ¿Tiene miedo de alguien o alguien lo está lastimando? Sí No

a. ¿Alguien está usando su dinero sin su permiso? Sí No

Servicios que ha recibido

36. ¿Utiliza algunos de estos dispositivos de ayuda? (Marque una X en las casillas junto a los dispositivos de ayuda que utiliza).

<input type="checkbox"/> Abrazaderas o miembros artificiales	<input type="checkbox"/> Infusiones (medicación intravenosa [IV])
<input type="checkbox"/> Catéter (urinario)	<input type="checkbox"/> Bolsas o suministros para ostomía
<input type="checkbox"/> CPAP o BiPAP (una máquina para ayudarle a dormir)	<input type="checkbox"/> Oxígeno
<input type="checkbox"/> Suministros para la diabetes (medidor de glucosa, etc.)	<input type="checkbox"/> Traqueotomía o suministros de succión
<input type="checkbox"/> Pañales o suministros para la incontinencia	<input type="checkbox"/> Suministros de alimentación por sonda
<input type="checkbox"/> Audífonos auriculares	<input type="checkbox"/> Andador o bastón
<input type="checkbox"/> Cama de hospital	<input type="checkbox"/> Silla de ruedas

Si no utiliza ninguno de estos, ¿necesita algún dispositivo de ayuda? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, escriba lo que necesita: _____

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

Sí No

a. Si su respuesta es afirmativa, explique: _____

38. ¿Tiene acceso actualmente a algún servicio de Medi-Cal?

Ayuda con el transporte Ayuda para pagar facturas de servicios públicos (CARE/FERA)

- Servicios ambulatorios por consumo de alcohol o drogas del condado
- Salud mental del condado
- Programas de asistencia alimentaria (Meals on Wheels, CalFresh, bancos de alimentos)
- Dental
- Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)
- Centro Regional del Condado de Orange (RCOC)
- Servicios de vivienda
- Otros recursos comunitarios: _____

39. ¿Está interesado en obtener información sobre los recursos mencionados anteriormente? Sí No

Antecedentes sociales

40. ¿Fuma, vapea o consume tabaco? Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿quiere ayuda para dejar el hábito? Sí No

41. ¿Con qué frecuencia toma una bebida que contiene alcohol?

- Nunca
- 1 vez o menos al mes
- 2 a 4 veces al mes
- 2 a 3 veces a la semana
- 4 o más veces a la semana

42. ¿Cuántas bebidas que contienen alcohol toma en un día típico cuando bebe?

- 1 a 2
- 3 a 4
- 5 o más

Planificación de la atención médica

43. ¿Tiene a alguien que tome las decisiones de atención médica y otras opciones por usted?

- No, puedo tomar mis propias decisiones
- Sí, tengo un amigo o familiar Nombre y relación _____
- Sí, tengo un tutor legal Nombre y relación _____

44. ¿Tiene una manifestación anticipada para su atención médica? (Este es un documento que le informa a los médicos y hospitales qué hacer en caso de que no pueda hablar por sí mismo). Sí No

Si su respuesta es afirmativa, ¿qué tipo?

- Testamento vital
- Poder notarial duradero para atención médica
- Apoderado de atención
- Orden médica para tratamiento de soporte vital (POLST) médica

Si su respuesta es negativa, ¿le gustaría hablar con alguien sobre cómo obtener una manifestación anticipada? Sí No

45. ¿Tiene alguna creencia cultural y religiosa que afecte sus opciones de tratamiento?

- Sí
- No

Si su respuesta es afirmativa, explique más a fondo _____

46. ¿En qué idioma prefiere recibir información de salud escrita?

- Inglés Español Vietnamita Árabe
 Coreano Persa Chino tradicional
 Otro: _____

47. ¿En qué formato prefiere recibir información de salud?

- Escrito (impreso)
 Escrito (letra grande impreso)
 Braille
 Audio o disco compacto CD

48. ¿Cuáles son sus objetivos de atención médica? _____

OneCare (HMO D-SNP), a Medicare Medi-Cal Plan, es una organización de Medicare Advantage con un contrato de Medicare. La inscripción en OneCare depende de la renovación del contrato. OneCare cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo. Llame a Servicios para Miembros de OneCare gratuitamente al **1-877-412-2734** (TTY **711**), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Visítenos en www.caloptima.org/OneCare.

Anexos:

- Aviso de no discriminación