



Partnership HealthPlan of California

Formulario de evaluación de riesgos de salud

Personas mayores y personas con discapacidades (SPD)

Este formulario ayudará a Partnership HealthPlan of California a conocer sus necesidades de salud y bienestar y a encontrar las formas de ayudarlo. Tómese unos minutos para completar este formulario y envíelo lo antes posible.

Si considera que debe ver a un médico antes de que Partnership lo llame, debe ir al médico o al hospital en ese momento.

Si tiene preguntas, llame a Partnership al **(800) 809-1350**, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m. Los usuarios de TTY deben llamar al **(800) 735-2929**.

Envíe el formulario completo en el sobre verde.

Partnership HealthPlan of California
4665 Business Center Drive
Fairfield, CA 94534

*No es obligatorio que complete este formulario.
No nos negaremos a atenderlo en función de cómo responda.*

Nombre del miembro de Partnership: _____

Fecha de nacimiento: _____

Número de ID de Medi-Cal: _____

- ¿Qué idioma prefiere?
 Inglés Español Ruso Mandarín Tagalo Otro
- ¿Cuál fue su género al nacer?
 Masculino Femenino Otro
- ¿Cómo quiere que lo llamemos?
 Él/lo/le Ella/la/le Ellos/los/les Otro
- ¿Tiene problemas para comunicarse por dificultades en la audición, la vista o el habla?
 Sí No
Si es así, ¿necesita materiales o equipos especiales? Sí No
- ¿Tiene un médico al que ve periódicamente? Sí No
- ¿Ve a un especialista (un médico que se especializa en problemas de salud, como problemas del corazón, de los riñones, cáncer u otros problemas de salud)?
 Sí No
- ¿Siente que su médico entiende sus necesidades médicas? Sí No

8. ¿Necesita ver a un médico en los próximos 60 días? Sí No
Si es así, ¿tiene programada la cita? Sí No
9. ¿Recibe servicios o se atiende en un centro regional que atiende a personas con discapacidades del desarrollo? Sí No
10. ¿Está embarazada? Sí No
11. ¿Estuvo en la sala de emergencias 2 veces o más en los últimos 12 meses? Sí No
12. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? Sí No
13. ¿Está utilizando equipos o suministros médicos como una cama ortopédica, una silla de ruedas, un andador o bolsas de ostomía? Sí No
Si es así, ¿necesita ayuda para conseguir más suministros? Sí No
14. ¿Fuma o consume productos de tabaco? Sí No
Si es así, ¿le gustaría que lo ayuden a dejar? Sí No
15. ¿Utiliza oxígeno a domicilio? Sí No
16. ¿Cuántos medicamentos recetados toma por día?
 1 2 3 4 5 6 7 8 o más
17. ¿Alguna vez le dijeron que tiene alguno de estos problemas de salud?
(Marque Sí o No para cada uno de los siguientes problemas).
- | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Afección médica elegible para California Children's Services (CCS) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Asma/problemas pulmonares | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Problemas cardíacos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Diabetes | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| VIH o sida | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Enfermedad renal | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Convulsiones | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Cáncer | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Afección médica elegible para el Programa o la Unidad de Terapia Médica (MTP/MTU) | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Si respondió Sí en alguna de las opciones, ¿ve a un médico o especialista por esos problemas? Sí No

Si respondió Sí para alguna de las opciones, ¿alguna vez se operó por esos problemas?

Sí No

¿Necesita ayuda para encontrar un médico que lo ayude con estos problemas?

Sí No

18. ¿Alguna vez le dijeron que tiene un problema de salud mental o del comportamiento, como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?

Sí No

Si es así, ¿necesita ayuda para encontrar un médico que lo ayude con un problema de salud mental o del comportamiento?

Sí No

19. ¿Le gustaría obtener más información sobre cómo mejorar o mantener su salud?

Sí No

20. ¿Necesita ayuda con alguna de estas acciones? (Marque **Sí** o **No** para cada una de las acciones o elija **N/C** si es algo que nunca ha hecho).

Bañarse o ducharse Sí No N/C

Subir escaleras Sí No N/C

Comer Sí No N/C

Vestirse Sí No N/C

Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse Sí No N/C

Preparar la comida o cocinar Sí No N/C

Levantarse de la cama o de una silla Sí No N/C

Hacer compras o comprar alimentos Sí No N/C

Ir al baño Sí No N/C

Llegar al baño a tiempo o sin "accidentes" Sí No N/C

Caminar Sí No N/C

Lavar los platos o la ropa Sí No N/C

Hacer cheques o mantener un registro del dinero Sí No N/C

Viajar a ver al médico o a sus amigos Sí No N/C

Hacer las tareas del hogar o del jardín Sí No N/C

Salir para visitar familiares o amigos Sí No N/C

Usar el teléfono Sí No N/C

Mantener un registro de las citas Sí No N/C

Si es así, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas acciones?

Sí No N/C

21. ¿Puede vivir de forma segura y moverse por la casa con facilidad? Sí No N/C
Si no es así, ¿el lugar donde vive tiene lo siguiente:
 (marque Sí, No o N/C para cada uno de los puntos).
- | | | | |
|---|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Buena iluminación | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Buena calefacción | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Buena refrigeración | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Barandales en escaleras o rampas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Agua caliente | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Baño en el interior | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Una puerta hacia el exterior que se cierra con llave | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Escaleras para llegar a su casa o escaleras dentro de su casa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Ascensor | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Espacio para usar silla de ruedas | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
| Caminos claros para salir de su casa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> N/C |
22. Me gustaría preguntarle cómo considera que está controlando sus afecciones médicas.
 ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos? Sí No N/C
 ¿Necesita ayuda para completar formularios de salud? Sí No N/C
 ¿Necesita ayuda para responder preguntas durante una visita al médico?
 Sí No N/C
23. ¿Cuáles de las siguientes respuestas describen mejor la forma en que se siente respecto a sus necesidades médicas? (Marque todas las que correspondan).
- A veces olvido qué debería hacer por mi salud
 - No puedo costear todas las cosas que necesito para cuidarme
 - A veces me cuesta leer o entender las indicaciones
 - No tengo claro qué necesito hacer por mi salud
 - No creo que sea necesario hacer lo que me dice mi médico todo el tiempo
 - No entiendo mis necesidades médicas
 - Estoy seguro de que sé cómo ocuparme de lo que necesito
24. ¿Tiene familiares u otras personas que puedan y quieran ayudarlo cuando lo necesita?
 Sí No N/C
25. ¿Alguna vez piensa que a su cuidador le cuesta darle toda la ayuda que necesita?
 Sí No N/C
26. ¿Le tiene miedo a alguien o hay alguien que lo lastima? Sí No N/C
27. ¿Hay alguien que está utilizando su dinero sin su autorización?
 Sí No N/C

28. ¿Ha tenido cambios en sus opiniones, su memoria o sus decisiones? Sí No N/C
29. ¿Se ha caído en el último mes? Sí No N/C
¿Tiene miedo de caerse? Sí No N/C
30. ¿A veces se queda sin dinero para pagar la comida, el alquiler, las cuentas o los medicamentos? Sí No N/C
31. Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se sintió solo?
 Nunca: nunca me siento solo
 Menos de 5 días
 Más de la mitad de los días (más de 15 días)
 La mayor parte de los días: siempre me siento solo
32. En general, diría que su salud es
 Excelente Muy buena Buena Regular Mala

Firma de la persona
que completa el formulario: _____

Fecha de la firma: _____

Si no firma el miembro, ¿cuál es su relación con él?: Padre/madre/tutor/Otro representante

**Gracias por su tiempo para completar este formulario.
CONFIDENCIAL**