

# Partnership HealthPlan of California

## Formulario de evaluación de riesgos de salud

### Personas mayores y personas con discapacidades (SPD)

Este formulario ayudará a Partnership conocer sus necesidades de salud y bienestar y a encontrar las formas de ayudarlo. Tómese unos minutos para completar este formulario y envíelo por correo 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 TDD deben llamar al: (800) 735-2929.

Envíe este formulario completo por correo a:  
Partnership HealthPlan of California  
c/o Care Coordination  
4665 Business Center Drive  
Fairfield, CA 94534  
Fax: (707) 863-4502

---

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

**Nombre del miembro de PHC:** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento:** \_\_\_\_\_

**Número de ID de Medi-Cal:** \_\_\_\_\_

1. ¿Qué idioma prefiere?  
 Inglés    Español    Ruso    Mandarín    Tagalo    Otro
2. ¿Cuál fue su género al nacer?  
 Masculino    Femenino    Otro
3. ¿Cómo quiere que lo llamemos?  
 Él/lo/le    Ella/la/le    Ellos/los/les    Otro
4. ¿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

5. ¿Tiene un médico al que ve periódicamente?  Sí  No
6. ¿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
7. ¿Siente que su médico entiende sus necesidades médicas?  Sí  No
8. ¿Necesita ver a un médico en los próximos 60 días?  
*Si es así, ¿tiene programada la cita?*  Sí  No  
 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)  Sí  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                          | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Subir escaleras                             | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Comer                                       | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Vestirse                                    | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Cepillarse los dientes, peinarse, afeitarse | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Preparar la comida o cocinar                | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |

- |   |                          |    |                          |    |                          |     |
|---|--------------------------|----|--------------------------|----|--------------------------|-----|
| Levantarse de la cama o de una silla  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Hacer compras o comprar alimentos   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Ir al baño  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Llegar al baño a tiempo o sin "accidentes"  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Caminar   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Lavar los platos o la ropa  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Hacer cheques o mantener un registro del dinero                                   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Viajar a ver al médico o a sus amigos   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Hacer las tareas del hogar o del jardín   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Salir para visitar familiares o amigos  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Usar el teléfono  | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| Mantener un registro de las citas   | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | N/C |
| <b>Si es así, ¿está recibiendo toda la ayuda que necesita con estas acciones?</b> | <input type="checkbox"/> | Sí | <input type="checkbox"/> | No | <input type="checkbox"/> | 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**