

# Evaluación de Salud



Estimado miembro:

Su salud es importante para nosotros en UnitedHealthcare Community Plan. Queremos que usted se mantenga tan sano como sea posible y que obtenga lo más posible de su plan de salud. Por eso es importante que usted llene esta evaluación y regrésela tan pronto como sea posible. Esto nos ayudará a conectarle a usted con los servicios y beneficios que están disponibles. Estas respuestas no reducirán de ninguna manera la cobertura de sus cuidados de salud.

**Usted también puede hacer esto por teléfono. Llame a Servicios para Miembros al 1-800-464-9484, TTY 711.**

Gracias por ser un miembro de UnitedHealthcare Community Plan. Esperamos con anticipación poder servirlo en las necesidades de los cuidados de salud que necesite.

***Por favor, haga que cada adulto en su familia que sea miembro de UnitedHealthcare Community Plan complete esta encuesta.***

Nombre \_\_\_\_\_

Número de identificación como miembro \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Z.P. \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ Número de teléfono actual \_\_\_\_\_

Fecha de hoy \_\_\_\_\_

1. ¿Comparado a otras personas de su misma edad, cómo describiría usted que es su salud en general?  
 Excelente    Muy buena    Buena    Regular    Pobre
2. ¿Tiene alguna de las necesidades especiales o discapacidades anotadas abajo?  
 Problemas de audición    Sordera    Problemas de visión  
 Ceguera    Discapacidad en el aprendizaje    Ninguna
3. ¿Cuánto pesa usted? \_\_\_\_\_
4. ¿Cuánto mide de altura? \_\_\_\_\_

5. ¿Le han dicho su doctor u otro profesional de cuidados de salud que usted tiene alguna de las siguientes condiciones médicas?
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Asma   | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA   |
| <input type="checkbox"/> Bipolaridad o cambios en su estado de ánimo                                    | <input type="checkbox"/> Depresión aguda o se siente triste la mayor parte del tiempo |
| <input type="checkbox"/> Cáncer   | <input type="checkbox"/> Obesidad o tiene usted exceso de peso                        |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) u otros problemas respiratorios | <input type="checkbox"/> Esquizofrenia  |
| <input type="checkbox"/> Diabetes o trastornos del azúcar de la sangre                                  | <input type="checkbox"/> Anemia falciforme  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades cardíacas   | <input type="checkbox"/> Puede necesitar un trasplante                                |
| <input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta   | <input type="checkbox"/> Ninguna  |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Otra   |
- 
6. ¿Necesita usted ayuda con cualquiera de lo siguiente?:
- Bañarse     Vestirse     Usar el excusado     Caminar
7. ¿Cuántos medicamentos toma usted al día?
- Ninguno     1 a 3     4 a 7     8 a 11     11 o más
8. ¿Le ha causado su salud perder asistencia a la escuela, trabajo u otras actividades durante el año pasado?
- Sí     No
9. En los pasados 12 meses, ¿cuántas veces ha acudido a una sala de emergencia?
- Ninguna     1 a 2 visitas     3 a 5 visitas     6 visitas o más     No estoy seguro
10. ¿En los pasados 12 meses cuántas veces ha sido hospitalizado por la noche?
- Ninguna     1 a 2     3 a 5     6 o más     No estoy seguro
11. ¿En los pasados 12 meses, ha tenido usted alguno de los siguientes servicios preventivos?
- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Colonoscopia           | <input type="checkbox"/> Mamografía                | <input type="checkbox"/> Prueba Papanicolaou |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la Neumonía |  |
12. ¿Se encuentra embarazada en este momento?
- Sí     No    Si es así, ¿cuánto tiempo lleva embarazada? \_\_\_\_\_
13. ¿Está usted ahora bajo el cuidado médico por un doctor u otro profesional de los cuidados para la salud?
- Sí     No
14. ¿Qué tan a menudo se preocupa usted de no tener comida suficiente para su familia?
- Nunca     A veces     Siempre
15. ¿Qué tan a menudo se preocupa usted de que su hogar no es un lugar seguro o de que su familia pueda quedarse sin una casa en donde vivir?
- Nunca     A veces     Siempre
16. ¿Conoce cuáles son los recursos comunitarios que se encuentran disponibles para ayudarlo?
- Sí     No     No estoy seguro(a)

## Hábitos diarios

1. ¿Qué tan a menudo usted camina, corre o hace otro tipo de ejercicio por 30 minutos al día, que lo(a) hagan respirar laboriosamente o que hagan que su corazón palpite más rápidamente?
- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Menos de una vez por semana | <input type="checkbox"/> 1 o 2 veces por semana   |
| <input type="checkbox"/> 3 o 4 veces por semana      | <input type="checkbox"/> 5 o más veces por semana |

2. ¿Usa usted productos de tabaco (masca tabaco, fuma cigarrillos, cigarros, pipa)?  
 Sí       No
3. ¿Piensa en serio dejar de usar el tabaco?  
 Sí       No
4. ¿Qué tan a menudo toma usted alcohol, drogas o medicamentos (incluyendo medicamentos de receta) que afecten su estado de ánimo o le ayuden a relajarse?  
 Diariamente       Casi cada día       A veces       Raramente o nunca
5. ¿Está usted interesado en hacer cambios en cualquiera de las siguientes áreas?

**Controlar el empleo de alcohol o drogas**

- Algo interesado       Muy interesado       No estoy interesado en éste momento para hacer ningún cambio

**Alimentación sana**

- Algo interesado       Muy interesado       No estoy interesado en éste momento para hacer ningún cambio

**Hacer ejercicio o incrementar mis actividades físicas**

- Algo interesado       Muy interesado       No estoy interesado en éste momento para hacer ningún cambio

**Manejar mi estrés**

- Algo interesado       Muy interesado       No estoy interesado en éste momento para hacer ningún cambio

**Llegar a o mantener un peso saludable**

- Algo interesado       Muy interesado       No estoy interesado en éste momento para hacer ningún cambio

**Salud conductual**

**En las pasadas 2 semanas, ¿qué tan a menudo lo han molestado los siguientes problemas?**

1. ¿Sintiéndose triste, deprimido o sin esperanza?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
2. ¿Obteniendo poco o ningún placer al hacer cosas?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
3. ¿Teniendo problemas para dormir o no poder dormir o durmiendo mucho?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
4. ¿Sintiéndome cansado o con muy poca energía?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
5. ¿Con poco apetito o comiendo demasiado?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
6. ¿Sintiéndose mal acerca de si mismo o sintiéndose como un fracasado o que ha defraudado a su familia y/o a usted mismo?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
7. ¿Teniendo problemas en poder concentrarse en cosas tales como leer el periódico o ver televisión?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días
8. ¿Hablando o moviéndose tan lentamente que otras personas lo han notado? o lo opuesto, ¿estando tan inquieto o nervioso que usted se mueve por todas partes mucho más que de la manera usual?  
 No, para nada     Por algunos días     Más de la mitad de los días     Casi todos los días

9. ¿Piensa que sería mejor si usted se muriera o ha pensado en lastimarse a usted mismo?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días

**En las pasadas 2 semanas, ¿qué tan a menudo lo han molestado los siguientes problemas?**

10. ¿Sintiéndose nervioso, ansioso o al borde de una situación?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
11. ¿No siendo capaz para controlar o dejar de estar preocupado?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
12. ¿Preocupándose demasiado acerca de muchas cosas?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
13. ¿Problemas relajándose?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
14. ¿Estar tan inquieto que es difícil poder estar sentado sin hacer nada?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
15. ¿Ponerse molesto o irritado fácilmente?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días
16. ¿Sintiendo miedo por algo terrible que pudiera suceder?  
 No, para nada    Por algunos días    Más de la mitad de los días    Casi todos los días

***¡Muchas gracias por completar la Evaluación de Salud! Por favor remítalo en el sobre incluido con el porte pagado.***

Esta evaluación no se intenta para darle a usted un diagnóstico. El diagnóstico para cualquier condición debe obtenerse solamente después de haber sido evaluado por un proveedor de los cuidados de salud. Considere en llamar a su proveedor de los cuidados de salud si las preguntas en esta evaluación indican la posibilidad de que usted tenga algún problema de salud.

Sus respuestas en esta evaluación de salud nos proporcionan información acerca de usted. Contestando por lo menos una pregunta, usted está de acuerdo en compartir esta información con enfermeras y administradores de los cuidados de salud. Ellos pudieran después llamarle a usted para brindarle ayuda para que usted contacte programas para los cuidados de salud.

Sus datos pueden también combinarse con los datos de muchas otras personas quienes completaron esta evaluación. Esto es para que nosotros podamos hacer investigación y otras actividades que nos ayuden a proporcionarle un mejor servicio a usted y a muchas otras personas como usted en el futuro.

Nosotros seguimos todas las leyes federales y estatales para proteger la confidencialidad de sus datos e información.

Su decisión para completar esta evaluación de salud es voluntaria por completo. El completar esta evaluación no afecta su suscripción a ningún plan de salud, tratamiento, así como el pago, elegibilidad para los beneficios o cobertura del seguro. Esta evaluación fue creada como una herramienta para que usted tome control de su salud y es su decisión de cuándo y cómo usted quiera emplearla.

Este documento contiene información confidencial de UnitedHealth Group. Cualquier uso, copia o distribución sin permiso por escrito de la Compañía está prohibido.