

# Evaluación de salud



Este formulario contiene preguntas sobre su salud. Tenga en cuenta que sus respuestas son confidenciales. Su información solo estará disponible para personal de EOCCO dedicado a ayudarlo con su atención médica. El responder este formulario no afectará sus beneficios ni su seguro médico. Gracias por ayudarnos a conocerle mejor.

Nombre del miembro	N.º de teléfono	N.º de identificación de miembro
Nombre de la persona que está llenando este formulario (si no es el miembro)		
Nombre de su PCP (proveedor de atención primaria: el doctor que le atiende y le ayuda mantenerse sano)		
¿Cuándo fue la última vez que visitó a su PCP?	Si no tiene un PCP, ¿necesita ayuda para seleccionar uno? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cómo se traslada a sus citas médicas? (marque todas las opciones que correspondan)		
<input type="checkbox"/> Conduzco mi propio automóvil <input type="checkbox"/> Me lleva un familiar o amigo <input type="checkbox"/> Tomo el autobús		
<input type="checkbox"/> Uso un servicio de transporte local <input type="checkbox"/> Otro (especifique) _____		
<b>Por favor conteste cada una de las preguntas que apliquen en su caso:</b>		
<b>Niños menores de 18 años</b>		
¿Su hijo/a está al día con sus vacunas?	¿Su hijo/a tiene alguna necesidad especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si respondió que sí, especifique. _____ _____ _____	
<b>Embarazo</b>		
¿Está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuándo va a dar a luz?	
¿Cuál es el nombre del doctor que la está atendiendo durante su embarazo?		

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

**Por favor responda a estas preguntas sobre usted (el miembro):**

¿Vive usted solo/a?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuenta con la ayuda de alguien en caso necesario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene escaleras en su casa?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Puede llegar con facilidad a su dormitorio, baño y cocina?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Necesita ayuda para caminar o para bañarse?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es capaz de disfrutar de actividades sociales tanto como usted quisiera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sentido poco interés o placer al hacer las cosas, durante las últimas dos semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Durante las últimas dos semanas, se ha sentido triste, deprimido/a o sin esperanza?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fuma o usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su hogar fuma o usa tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Responda si tiene actualmente alguno de los siguientes problemas o si los ha tenido durante los últimos 12 meses:**

Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas dentales	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Presión arterial alta (hipertensión)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas en los ojos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas de pulmones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Asma	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas en el embarazo*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Lesiones o huesos rotos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Problemas del corazón	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Problemas con drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Si respondió que sí a cualquiera de los enunciados anteriores. Platíquenos más de acerca de estos problemas.

\*Beneficios educativos disponibles para diabetes y embarazo.  
Por favor llame a nuestro servicio de atención al cliente al 1-888-788-9821.

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

¿Cuál es su estatura?	¿Cuánto pesa (cuando no está embarazada)?
¿Tiene usted alguna discapacidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿cuál es? _____ _____	
¿Usa algún equipo médico especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No De ser así, ¿qué es lo que usa? _____	
¿Está tomando algún medicamento, incluidos los de venta libre como la aspirina? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "sí", ¿qué está tomando? _____	
<b>Por favor indique su raza (todo lo que corresponda a usted):</b>	
<input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano / Tribu _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Afroamericana <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> No se la respuesta	
<b>Indique su origen étnico:</b>	
<input type="checkbox"/> Indígena Norteamericano / Tribu _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Hispano / Latino / de origen Hispano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái / Islas del Pacífico	
<b>Por favor indique su idioma preferido:</b>	
<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Árabe <input type="checkbox"/> Camboyano / Jemer <input type="checkbox"/> Gujarati <input type="checkbox"/> Hindi <input type="checkbox"/> Indonesio <input type="checkbox"/> Nepalés <input type="checkbox"/> Polaco <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otro _____	

Usted puede obtener este documento en otro idioma, letra grande u otro formato que sea el mejor para usted. También puede tener un intérprete de idiomas. Llame al 888-788-9821 (TTY/TDD 711).

Eastern Oregon Coordinated Care Organization cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

ATENCIÓN: Si habla español, hay disponibles servicios de ayuda con el idioma sin costo o bien para usted. Llamar al 888-788-9821 (TTY: 711). 注意：如果您說中文，可得到免費語言幫助服務。請致電 888-788-9821 (聾啞人專用：711)。

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro: \_\_\_\_\_

Díganos que tan de acuerdo o en desacuerdo está cada uno de los enunciados siguientes referentes a su salud. Trate que sus respuestas correspondan a su realidad actual, y no a lo que a su doctor le gustaría escuchar. Si el enunciado no aplica a su persona, marque N/A.

Al fin y al cabo, yo soy la persona responsable de cuidar de mi salud.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Participar activamente en el cuidado de mi salud es el factor más importante que influye directamente en mi salud.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Sé cuál es la función de cada una de mis medicinas recetadas.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Tengo plena confianza en saber decidir cuando necesito ir al doctor o cuando puedo hacerme cargo de algún problema de salud por mi mismo/a.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Tengo plena confianza en poder decirle a mi doctor/a cuales son mis preocupaciones, aunque el o ella no me lo hayan preguntado.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Tengo plena confianza en poder cumplir con los tratamientos médicos que necesite seguir en casa.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
He podido mantener o continuar los cambios en mi estilo de vida como son el comer saludable y/o hacer ejercicio.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Sé como puedo prevenir problemas en mi salud.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Tengo plena confianza en poder encontrar soluciones cuando se me presenten nuevos problemas de salud.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A
Tengo plena confianza en poder mantener los cambios en mi estilo de vida como lo es el comer bien y hacer ejercicio, aún en durante tiempos de estrés.	<input type="checkbox"/> Totalmente en desacuerdo	<input type="checkbox"/> En desacuerdo	<input type="checkbox"/> De acuerdo	<input type="checkbox"/> Totalmente de acuerdo	<input type="checkbox"/> N/A

¡Gracias por contestar este formulario! Por favor envíenos sus respuestas en el sobre postal prepagado. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 503-948-5561, 1-800-592-8283 (línea gratuita) o al 711 (TTY), de lunes a viernes de 7:30 a.m. a 5:30 p.m., hora del Pacífico, y solicite la ayuda de una enfermera de atención de cuidados intensivos (ICM, por sus siglas en inglés).

Nombre del miembro: \_\_\_\_\_

N.º de identificación de miembro: \_\_\_\_\_