



CalOptima Health  
 A Public Agency  
 505 City Parkway West  
 Orange, CA 92868  
 ☎ 714-246-8400  
 📞 TTY 711  
 ⓘ [caloptima.org](http://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 pueden ser compartidas con su médico general y con quienes lo atienden o ayudan con su atención médica. 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 la 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:
Identificación de CalOptima Health (CIN):	Teléfono (casa):	Teléfono (celular):
Dirección:		Correo electrónico:
Estatura:	Peso:	Fecha de hoy:
Fecha de nacimiento:		Género:

## Instrucciones:

- a. Lea cada pregunta y marque su respuesta en la casilla de la siguiente manera: .
- b. 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. ¿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"/> Accidente cerebrovascular (derrame) | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de Parkinson             | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal (nefropatía) |

- Ansiedad
- Trastorno bipolar
- Depresión
- Esquizofrenia
- Diabetes
- Epilepsia o trastorno convulsivo
- Insuficiencia cardíaca
- Hepatitis C

- ¿En diálisis?  Sí  No
- Problemas hepáticos (hígado)
- Esclerosis múltiple
- Cáncer: tratamiento activo
- \_\_\_\_\_
- Trasplante
- \_\_\_\_\_
- Otro: \_\_\_\_\_

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

- Sí  No

**7. 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

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

- Nunca  1 vez  2 veces o más

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

- Nunca  1 vez  2 veces o más

**10. ¿Cuál es su inquietud principal sobre su salud?** \_\_\_\_\_

### Vivienda y funciones cotidianas

**11. ¿Dónde o con quién vive actualmente?**

- Vivo solo(a)
- Vivo con mi familia, amigo o pareja
- Le pago a alguien para que me cuide y viva conmigo
- No tengo vivienda
- Motel
- Otro (escriba): \_\_\_\_\_

Pensión y centro de atención

**12. Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes?**

- |                                                                   |                                                                       |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Plagas como insectos, hormigas o ratones | <input type="checkbox"/> Horno o estufa que no funcionan              |
| <input type="checkbox"/> Mojo                                     | <input type="checkbox"/> Faltan o no funcionan los detectores de humo |
| <input type="checkbox"/> Pintura o tuberías con plomo             | <input type="checkbox"/> Fugas de agua                                |
| <input type="checkbox"/> Falta de calefacción (calor)             | <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores                    |

**13. ¿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                                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. Buena calefacción                                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. Buena ventilación                                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. Rieles para escaleras o rampas                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. Agua caliente                                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| f. Aseo interior                                                 | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. Una puerta al exterior que se cierra                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| h. Escaleras para entrar a su casa o escaleras dentro de su casa | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| i. Elevador                                                      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| j. Espacio para usar una silla de ruedas                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| k. Forma fácil de salir de su casa                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

**14. ¿Se ha caído en el último mes?**  Sí  No

- a. ¿Tiene miedo de caerse?  Sí  No

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

- |                                                                      |                             |                             |
|----------------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| a. Bañar o ducharse                                                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| b. Subir escaleras                                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| c. Comer                                                             | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| d. Vestirse                                                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| e. Aseo personal, como cepillarse los dientes, el cabello, afeitarse | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

- |                                                              |                             |                             |
|--------------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| f. Preparar comidas y cocinar                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| g. Levantarse de una cama o silla                            | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| h. Ir de compras y al mercado                                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| i. Usar el baño                                              | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| j. Caminar                                                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| k. Lavar los trastes o la ropa                               | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| l. Hacer cheques o llevar un registro de sus finanzas        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| m. Conseguir que lo lleven al médico o para ver a sus amigos | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| n. Hacer quehaceres domésticos o jardinería                  | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| o. Salir a visitar a familiares o amigos                     | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| p. Usar el teléfono                                          | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| q. Recordar sus citas                                        | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

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

- 16. ¿Tiene familiares u otras personas dispuestas y capaces de ayudarlo cuando lo necesite?**  
 Sí  No

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

---

- 17. ¿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?**

---

## **Bienestar mental**

- 18. 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

- 19. 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

**20. En el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo(a)?**

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

**21. ¿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

22. ¿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: \_\_\_\_\_

23. En los últimos 12 meses, la comida que compró simplemente no le alcanzó y no tuvo dinero para comprar más.

Frecuentemente verdadero  Algunas veces verdadero  Nunca verdadero

24. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo o adquirir cosas necesarias para la vida diaria?

Sí  No

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

Ayuda con el transporte

Servicios de apoyo en el hogar (IHSS)

Servicios ambulatorios por consumo de alcohol o drogas del condado

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

Salud mental del condado

Servicios de vivienda

Programas de asistencia alimentaria (Meals on Wheels, CalFresh, bancos de alimentos)

Centro Regional del Condado de Orange (RCOC)

Servicios dentales

Otros recursos comunitarios:  
\_\_\_\_\_

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

## Antecedentes sociales

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

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

**28. ¿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

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

- 1 a 2  3 a 4  5 o más

**Desea hablar con alguien sobre los recursos disponibles para reducir o dejar de consumir alcohol?**  Sí  No

**Planificación de la atención médica**

**30. ¿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

\_\_\_\_\_

**31. ¿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 médica

Orden médica para tratamiento de soporte vital (POLST)

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

**32. ¿Cuáles son sus objetivos de salud?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_



Gracias por responder a estas preguntas. Sus respuestas nos ayudarán a brindarle un mejor servicio.

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](http://www.caloptima.org/OneCare).

Anexos:

- Aviso de no discriminación