

Evaluación de salud de Clover

Queremos ayudarle a estar lo más saludable posible con un servicio de atención médica pensado para usted. Complete esta encuesta y envíela en el sobre adjunto con franqueo prepagado. También puede completar esta encuesta por teléfono llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711) de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana*.

Nombre:		Apellido:									
N.º de ident. de miembro de Clover:		C	P								
Fecha de nacimiento:				/			/				
Fecha de hoy:				/			/				
1. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar en el que vive? (marque una opción)											
<input type="checkbox"/> Vivienda privada				<input type="checkbox"/> Sin hogar							
<input type="checkbox"/> Apartamento privado				<input type="checkbox"/> Hogar para personas mayores							
<input type="checkbox"/> Residencia de vivienda asistida											
2. ¿Con quién vive? (marque todas las opciones que correspondan)											
<input type="checkbox"/> Solo			<input type="checkbox"/> Cónyuge o pareja			<input type="checkbox"/> Otro familiar					
<input type="checkbox"/> Amigos			<input type="checkbox"/> Cuidador contratado								
3. En general, ¿cómo calificaría su salud? (marque una opción)											
<input type="checkbox"/> Excelente		<input type="checkbox"/> Muy buena		<input type="checkbox"/> Buena		<input type="checkbox"/> Regular		<input type="checkbox"/> Mala			
4. ¿Cómo calificaría su salud física ahora en comparación con <u>un año atrás</u>? (marque una opción)											
<input type="checkbox"/> Mucho mejor			<input type="checkbox"/> Un poco mejor			<input type="checkbox"/> Igual					
<input type="checkbox"/> Un poco peor			<input type="checkbox"/> Mucho peor								
5. ¿Fuma actualmente o fumó en el pasado? (marque una opción)											
<input type="checkbox"/> Fumador actual				<input type="checkbox"/> Ex fumador				<input type="checkbox"/> Nunca fumó			

6. **¿Cómo calificaría su salud emocional (sentirse ansioso o deprimido) ahora en comparación con un año atrás? (marque una opción)**

- Mucho mejor Un poco mejor Igual
 Un poco peor Mucho peor

7. **¿Con qué frecuencia realiza actividad física? (marque una opción)**

- Nunca Una vez por mes Una vez por semana
 Varias veces por semana

8. **Durante la última semana, ¿con qué frecuencia consumió alimentos saludables en la cena (como frutas frescas, pescado y vegetales) en lugar de alimentos poco saludables (como frituras, dulces y “comida chatarra”)? (marque una opción)**

- Casi siempre La mayoría de las veces Algunas veces
 Pocas veces Casi nunca

9. **¿Alguna vez necesita ayuda con su cuidado personal y con las actividades domésticas, como ir al baño, limpiar su hogar o hacer las compras?**

- Sí No

10. **¿Utiliza algunos de los siguientes elementos para caminar o moverse? (marque todas las opciones que correspondan)**

- Muletas Andador Bastón Silla de ruedas Escúter
 Otro: (describa)

11. **¿Tiene miedo de sufrir caídas?**

- Sí No

12. **¿Cuántas caídas sufrió en el último año? (introduzca un dígito por casilla)**

--	--

13. **¿Cuántas veces debió ir a la sala de emergencias en el último año? (introduzca un dígito por casilla)**

--	--

14. En las últimas 4 semanas, ¿cuánto dolor físico ha sufrido?

(marque una opción)

- Nada de dolor Dolor muy leve Dolor leve
 Dolor moderado Mucho dolor

15. ¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas sufrió alguno de los siguientes problemas? (seleccione la respuesta que mejor describa su experiencia)

Problemas de dentadura o en los dientes

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre

Inestabilidad o mareos al ponerse de pie

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre

Problemas para orinar o incontinencia

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre

Problemas para pensar o recordar

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre

Sentirse triste o deprimido

- Nunca Rara vez Algunas veces Con frecuencia Siempre

16. Durante las últimas 4 semanas, ¿hubo alguien disponible para ayudarlo si necesitaba ayuda? Por ejemplo, si... se sentía nervioso, solo o triste; se enfermó y tuvo que permanecer en cama; necesitó a alguien con quien hablar; necesitó ayuda para los quehaceres diarios; o si necesitó ayuda para cuidarse a usted mismo.

(marque una de las opciones)

- Sí, siempre que la necesité Sí, bastante Sí, un poco
 Sí, algo No, en absoluto

17. ¿Con qué frecuencia consume bebidas con alcohol?

(marque una opción)

- Nunca Una vez por mes o menos
 De 2 a 4 veces por mes De 2 a 3 veces por semana
 4 o más veces por semana

18. En el último año, ¿recibió tratamiento por alguna de las siguientes afecciones? (marque todas las opciones que correspondan)

- Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva [congestive heart failure, CHF], angina de pecho)
- Presión arterial elevada (hipertensión)
- Ritmo cardíaco irregular (fibrilación auricular)
- Enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [chronic obstructive pulmonary disease, COPD], enfisema pulmonar, asma)
- Diabetes
- Artritis
- Dolor crónico
- Cáncer

19. ¿Cuántos tipos de medicamentos diferentes consume actualmente a diario? (introduzca un dígito por casilla)

--	--

20. ¿Con qué frecuencia puede tomar sus medicamentos según lo indicado por su médico? (marque una opción)

- No tomo medicamentos.
- Siempre los tomo según lo indicado.
- A veces los tomo según lo indicado.
- Rara vez los tomo según lo indicado.

21. ¿Qué nivel de confianza tiene en usted mismo para controlar y manejar sus problemas de salud? (marque una opción)

- Muy confiado
- Algo confiado
- No muy confiado
- No tengo ningún problema de salud

22. ¿Alguien lo ayudó a completar este formulario?

- No, lo completé solo
- Sí, me ayudó un amigo, familiar o cuidador

Gracias por responder esta encuesta. Envíenosla lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711), de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana*.

*Entre el 15 de febrero y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.