

Illinois Medicaid Evaluación Integral de Necesidades y Fortalezas (IM+CANS)
Adendo 1 – Evaluación de Riesgos para la Salud (HRA)

Tenga en cuenta: Esta evaluación debe completarse para todas las personas una vez cada 12 meses.

18. INFORMACION GENERAL (HRA)						
Nombre del personal:		Nombre y apellido del individuo		RIN:	Fecha de Nacimiento:	Sexo:
Estatura: ____ pie. ____ pul.	Peso: ____ lbs.	Nombre del medico de atencion primaria:		Fecha del ultimo examen fisico: <input type="checkbox"/> visita pendiente	Fecha de la ultima vacuna contra la gripe: _____	

19. MEDICAMENTO(S) Enumere los medicamentos actuales y anteriores a continuacion, incluidos los medicamentos de venta libre. Adjunte paginas adicionales segun sea necesario.					
El individuo esta tomando actualmente algun medicamento psicotropico? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Calificacion CANS – Cumplimiento de medicamento: _____					
En caso afirmativo, el individuo recibe regularmente analisis de laboratorio? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No es requerido <input type="checkbox"/> Se desconoce					
Nombre del medicamento	Prescriptor	Dosificacion	Fecha de inicio	Fecha de finalizacion	Problemas de medicacion

20. ESTADO DE SALUD		Calificacion CANS – Medica/Fisica:
a. Autoinforme del individuo sobre la salud fisica general: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Justo <input type="checkbox"/> Malo		f. El individuo bebe alcohol? En caso afirmativo, con que frecuencia y cuanto? _____
b. Cuantos bocadillos o bebidas (por ejemplo, papas fritas, galletas, dulces refrescos) el individuo suele consumir en un dia? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> Mas de 4		g. Alguna vez el individuo se ha desmayado? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____
c. Cuantas porciones de frutas y verduras suele comer el individuo en un dia? <input type="checkbox"/> 0-1 <input type="checkbox"/> 2-3 <input type="checkbox"/> Mas de 4		h. El individuo tiene alguna alergia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique: _____
d. El individuo realiza actividad fisica? En caso afirmativo, con que frecuencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		i. Se ha caido el individuo en los ultimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____
e. El individuo usa alguna forma de tabaco? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		j. El individuo quiere ayuda para dejar de fumar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A
PROBLEMAS DE SALUD: Tiene el individuo algun problema de salud actual? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa acontinuacion.		ENFERMEDAD GENERAL: El individuo tiene tendencia a alguna enfermedad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa acontinuacion.
PROBLEMAS RESPIRATORIOS: El individuo tiene algun problema para respirar? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si NO, vaya a la siguiente seccion)		EVALUACION COGNITIVA: (omitir si el individuo es menor de 50 años)
a. Con que estan relacionados los problemas respiratorios? Marque todo lo que corresponda <input type="checkbox"/> Actividad fisica <input type="checkbox"/> Climas extremos <input type="checkbox"/> Otro: _____		a. Alguna vez el individuo ha tenido una lesion significativa en la cabeza? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, cuando? _____
b. El individuo toma medicamentos para problemas respiratorios? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		b. El individuo tiene alguna dificultad para recordar eventos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
AZUCAR EN LA SANGRE/DIABETES:		c. Puede el individuo decirle correctamente que año, mes y dia es? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
a. El individuo orina con mas frecuencia de lo que parece normal? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		DOLOR CRONICO: El individuo experimenta dolor cronico o se queja de dolor con frecuencia? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No (si NO, vaya a la siguiente seccion)
b. El individuo parece tener una mayor sed, en comparacion con otros en el mismo rango de edad? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		a. Alguna vez el individuo ha tomado o se le ha recetado medicamentos para el dolor? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, indique el tipo: <input type="checkbox"/> Cannabis <input type="checkbox"/> Opioides <input type="checkbox"/> Otro (indique): _____
c. El individuo tiene alguna instruccion dietetica especial relacionada con su azucar en la sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, describa: _____		b. Describa la ubicacion e intensidad del dolor. _____
d. El individuo toma algun medicamento para controlar su azucar en la sangre? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		

COMPORTAMIENTOS SEXUALES DE RIESGO El individuo es sexualmente activo?
 Si No (si **NO**, saltar a la siguiente seccion)

a. El individuo usa alguna proteccion contra las enfermedades/infecciones de transmision sexual (ETS/ITS) cuando participa en la actividad sexual?
 Si A veces No

c. Cuando fue la ultima vez que se realizo la prueba de ETS/ITS? _____

d. Algunza vez el individuo ha sido diagnosticado con una ETS/ITS o VIH? Si No
 En caso **afirmativo**, indique el diagnostico y la edad de ocurrencia. _____

SALUD REPRODUCTIVA FEMENINA: (si el individuo es un **hombre**, o si la **mujer no ha tenido su primer periodo**, saltar a la siguiente seccion)

a. El individuo ve a un proveedor de salud para mujeres?
 Si - fecha de la ultima visita: _____ No – se necesita referido

b. La persona esta experimentando algun problema relacionado con su ciclo menstrual o la menopausia? Si No
 En caso **afirmativo**, describa. _____

c. La persona esta actualmente o alguna vez ha estado embarazada?
 Si – actualmente Si – anteriormente No
 En caso **afirmativo**, describa el estado o el resultado del embarazo

21. HISTORIAL DEL DESARROLLO Complete esta seccion basandose en las experiencias de la primera infancia del individuo.

a. La madre del individuo recibio la atencion prenatal adecuada?
 Si No Se desconoce

b. Hubo alguna complicacion durante el embarazo de la madre?
 Si (describa a continuacion) No Se desconoce

c. El nacimiento del individuo fue normal o prematuro?
 Normal Prematuro Se desconoce

d. Estuvo el individuo expuesto al uso de tabaco, alcohol o drogas callejeras/recetadas por parte de la madre durante el embarazo?
 Si (describa a continuacion) No Se desconoce

e. Hubo algun problema inusual relacionado con el parto de la madre?
 Si (describa a continuacion) No Se desconoce

f. Cual fue el peso al nacer del individuo? _____

g. Cuando gateo el individuo por primera vez? _____ Caminar? _____ Hablar? _____

h. Cuando empezo el individuo a ir al baño? _____

i. El individuo tiene un padre o hermano biologico que tiene problemas de desarrollo o de comportamiento?
 Si No Se desconoce

Informacion de respaldo: Proporcione informacion adicional sobre la historia social/de desarrollo del individuo, incluyendo eventos significativos en etapas prenatal/nacimiento/primeria infancia, condiciones fisicas/medicas duraderas y dificultades cognitivas o de desarrollo generalizadas.

22. HISTORIAL CLINICA

Cuantas veces ha estado la persona en la sala de emergencias en los ultimos 12 meses? 0 1 vez 2 veces 3 veces 4+ veces

Cual fue la razon de la(s) visita(s) a la(s) sala(s) de emergencias?

Alguna vez el individuo ha sido hospitalizado psiquiatricamente? No Si (En caso **afirmativo**, por favor enumere a continuacion. Adjunte paginas adicionales segun sea necesario.)

Nombre del hospital	Ubicacion (Ciudad, Estado)	Fechas hospitalizadas	Motivo(s)

Haga una lista de todas las hospitalizaciones adicionales que el individuo ha experimentado. Adjunte paginas adicionales segun sea necesario. N/A

Nombre del Hospital	Ubicacion (Ciudad, Estado)	Fechas hospitalizadas	Motivo(s)

Enumere los nombres y especialidades de los proveedores que actualmente brindan tratamiento medico al individuo. Adjunte paginas adicionales segun sea necesario.

Nombre del proveedor	Especialidad	Servicio(s) prestado(s)

Informacion de respaldo: Describa cualquier otro problema medico significativo, tratamientos, hospitalizaciones y resultados que no se hayan mencionado anteriormente.
