



HFS

Illinois Department of Healthcare and Family Services

<input type="checkbox"/> Inicial
<input type="checkbox"/> Actualización (recomendada anualmente)

**Evaluación integral de necesidades y fortalezas de Medicaid de Illinois (IM+CANS, por sus siglas en inglés)**  
**Anexo 1: Evaluación de riesgos para la salud (HRA, por sus siglas en inglés)**

**18. INFORMACIÓN GENERAL (HRA)**

<b>Nombre:</b>		<b>Apellido:</b>		<b>Nombre elegido/preferido:</b>		<b>Pronombres:</b>	<b>RIN:</b>
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Sexo al nacer:</b>	<b>Identidad de género:</b>		<b>Altura:</b> ____ pies ____ pulgadas	<b>Peso:</b> ____ libra	<b>Fecha del último examen físico:</b> ____ <input type="checkbox"/> Visita prevista	

**19. MEDICAMENTO(S)**

Enumere los medicamentos actuales y anteriores a continuación, incluidos los medicamentos de venta libre. De ser necesario, adjunte páginas adicionales.

¿Está tomando actualmente algún medicamento psicotrópico?  Sí  No

Nombre del medicamento	Prescriptor	Dosis	Fecha de inicio	Fecha de fin	Efectos secundarios del medicamento

**20. ESTADO DE SALUD**

- a. ¿Tiene alguna alergia?  Sí  No En caso afirmativo, enumere: \_\_\_\_\_
- b. ¿Quiere ayuda para dejar de fumar?  Sí  No  N/A, no fuma
- c. ¿Se ha caído en los últimos 12 meses?  Sí  No  N/A, menor de 50

**SALUD REPRODUCTIVA:** (pase a la siguiente sección si la persona no tiene períodos)

- a. ¿Acude a un proveedor de salud reproductiva (es decir, obstetra/ginecólogo)?  Sí, fecha de la última visita: \_\_\_\_\_  
 No, referencia necesaria
- b. ¿Está experimentando algún problema relacionado con su ciclo menstrual o menopausia?  Sí  No  
En caso **afirmativo**, describa. \_\_\_\_\_
- c. ¿Ha tenido algún embarazo?  Sí, actualmente  Sí, anteriormente  No  
En caso **afirmativo**, describa el estado o el resultado del embarazo. \_\_\_\_\_
- d. ¿Alguna vez se le ha diagnosticado una ETS/ITS?  Sí  No  No lo sé  
En caso **afirmativo**, ¿se necesita una remisión para atención especializada?  Sí  No  No lo sé

**DOLOR CRÓNICO:** ¿experimenta dolor crónico o se queja de dolor con frecuencia?  Sí  No (si respondió **NO**, omite esta sección)

- a. ¿Alguna vez ha tomado o le han recetado medicamentos para el dolor?  Sí  No  
En caso **afirmativo**, indique el tipo:  Cannabis  Opioides  Otros (lista): \_\_\_\_\_
- b. Describa la ubicación y la intensidad del dolor. \_\_\_\_\_

**AZÚCAR EN LA SANGRE/DIABETES:**

- a. ¿Orina con más frecuencia de lo que parece normal?  Sí  No
- b. ¿Parece tener más sed en comparación con otros en el mismo rango de edad?  Sí  No
- c. ¿Cumple con alguna restricción dietética relacionada con su nivel de azúcar en la sangre?  Sí  No  N/A  
En caso **afirmativo**, describa: \_\_\_\_\_
- d. ¿Cuál fue el último nivel de A1C detectado?  N/A Nivel A1C: \_\_\_\_\_ Fecha de la prueba A1C: \_\_\_\_\_



**HFS**

Illinois Department of  
Healthcare and Family Services

**INFORMACIÓN DE SALUD ADICIONAL RELEVANTE:**

**21. HISTORIA DEL DESARROLLO** (pase a la siguiente sección si la persona tiene 21 años o más)

- a. ¿Nació prematuramente?  Sí  No  No lo sé
- b. ¿Tuvo exposición al uso de tabaco, alcohol o drogas callejeras/recetadas por parte de la madre durante el embarazo?  
 Sí (describa a continuación)  No  No lo sé
- c. ¿Hubo algún problema inusual relacionado con el trabajo de parto y el parto de la madre?  
 Sí (describa a continuación)  No  No lo sé

**Información secundaria:** Proporcione información adicional sobre el historial social/de desarrollo, incluidos eventos significativos en las etapas prenatal/de nacimiento/primería infancia, condiciones físicas/médicas duraderas y dificultades cognitivas o de desarrollo generalizadas.

**22. HISTORIAL MÉDICO**

**¿Cuántas veces ha estado en la sala de emergencias en los últimos 12 meses?**

0 veces  1 vez  2 veces  3 veces  Más de 4 veces

¿Cuál fue el motivo de la(s) visita(s) a la sala de emergencias?

**¿Ha estado alguna vez hospitalizado psiquiátricamente?**

No  Sí (en caso **afirmativo**, por favor descríballo a continuación. De ser necesario, adjunte páginas adicionales).

**¿Ha sido hospitalizado médicamente alguna vez?**

No  Sí (en caso **afirmativo**, por favor descríballo a continuación. De ser necesario, adjunte páginas adicionales).

**Información secundaria:** Describa cualquier otro problema médico significativo, tratamientos, hospitalizaciones y resultados que no se mencionaron anteriormente.