

Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés)

Para asegurarnos de que usted (o un ser querido) esté recibiendo el mejor cuidado, nos gustaría hacerle algunas preguntas. Esto le tomará unos cinco minutos. Todas sus respuestas serán privadas y no afectarán los beneficios del plan de salud.

Nombre del afiliado _____

Dirección del afiliado _____

Teléfono del afiliado _____ Teléfono celular del afiliado _____

Correo electrónico del afiliado _____

¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Humana (p. ej., recordatorios, cartas y materiales educativos)? (Marque todas las opciones que correspondan) Mensajes de texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Edad _____

Número de identificación del afiliado _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Fecha de realización _____

1. Complete las siguientes declaraciones. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

Mí mismo

Una persona a la que cuido de 21 años o más

Una persona a la que cuido de menos de 21 años

Otros

Para el resto de la encuesta, piense en la persona que seleccionó en la pregunta 1 cuando responda todas las preguntas. Seleccione la opción que mejor describa a esa persona.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones diría que es su raza? (Elija todas las opciones que correspondan)

Indio americano o nativo de Alaska

Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico

Asiático

Blanco

Negro o afroamericano

Otra raza



Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés)—continuación

3. ¿Es usted de origen hispano, latino o español? (Elija todas las opciones que correspondan)

No, no soy de origen hispano, latino
o español
Sí, mexicano, mexicoamericano o chicano

Sí, puertorriqueño
Sí, cubano
Sí, de otro origen hispano, latino o español

4. ¿Tiene dificultades graves para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí No

4a. Si tiene dificultades para ver, ¿utiliza alguno de los siguientes recursos para mejorar su visión? (Elija todas las opciones que correspondan)

Lectores cualificados
Textos grabados
Grabaciones de audio
Materiales y dispositivos en braille
Software lector de pantalla

Software de ampliación
Lectores ópticos
Programas auditivos secundarios
(SAP, por sus siglas en inglés)
Materiales impresos en tipo de letra grande
Otros

5. ¿Tiene dificultades auditivas graves?

Sí No

5a. Si tiene dificultades auditivas, ¿utiliza alguno de los siguientes recursos para ayudarle con su audición?

Intérprete de lenguaje
Dispositivos y sistemas de audición asistida
Teléfono compatible con audífonos
Decodificadores de subtítulos
Subtítulos abiertos y ocultos, incluidos los subtítulos en tiempo real

Productos y sistemas de telecomunicaciones basados en voz, texto y vídeo, incluidos teléfonos de texto
Teletipo (TTY), videoteléfonos y teléfonos con subtítulos o dispositivo de telecomunicaciones igualmente efectivo
Videotexto
Otros

Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés)—continuación

6. ¿Cuál es el nivel de educación más alto que ha completado o el título más alto que ha obtenido?

Educación inferior a la escuela secundaria
Estudios de escuela secundaria, pero sin diploma
Graduado de escuela secundaria o equivalente (GED/formación profesional/graduado de escuela profesional)
Estudios universitarios, pero sin título

Diplomatura (programa profesional, técnico o académico de 1 a 2 años)
Título universitario/licenciatura de cuatro años
Posgrado (incluidos maestría, título profesional o doctorado)

7. Describa su situación de vida actual.

Tengo un lugar estable para vivir.
Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.

No tengo un lugar estable para vivir (estoy alojándome temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo fuera en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de trenes o autobuses, o en un parque).

7a. ¿Su situación de vida actual tiene alguno de los siguientes problemas? (Elija todas las opciones que correspondan)

Plagas como insectos o roedores
Moho
Pintura o tuberías de plomo
Sin calefacción

El horno o la cocina no funcionan
Sin detectores de humo o que no funcionan
Fugas de agua
Otros problemas de seguridad
Ninguno de las anteriores

8. En algún momento del año pasado, ¿se quedó sin comida antes de obtener dinero para comprar más?

Sí No

9. El año pasado, ¿tuvo problemas para acudir a las citas médicas o para obtener lo que necesita debido al transporte?

Sí No

10. En el último año, ¿le han dicho que pueden cortar la electricidad, el gas, el combustible o el agua en su casa?

Sí No

Evaluación de riesgos de salud (HRA, por sus siglas en inglés)—continuación

11. ¿Tiene actualmente acceso a Internet?

Sí No

11a. ¿Cómo accede a Internet? (Elija todas las opciones que correspondan)

Hogar	Trabajo/escuela
Teléfono celular	Lugar público
Dispositivo prestado	Otros

12. ¿Necesita ayuda para encontrar o mantener un trabajo?

Sí No No puedo trabajar debido a una discapacidad

13. ¿Está embarazada o podría estarlo actualmente?

Sí No No corresponde

14. ¿Con qué género se identifica usted (afiliado)?

Hombre	Intergénero/no binario, no exclusivamente masculino o femenino
Mujer	Otros
Mujer a hombre/hombre transgénero/ hombre trans	No deseo responder
Hombre a mujer/mujer transgénero/ mujer trans	

15. ¿Cuáles son sus pronombres (del afiliado)?

Él	Otros
Ella	No deseo responder
Ellos	

16. ¿Cuál es su orientación sexual?

Heterosexual	Otra
Lesbiana, gay u homosexual	No sé
Bisexual	No deseo responder

Llámenos si nos necesita

Si tiene alguna pregunta, o necesita ayuda para leer o entender este documento, llámenos al **877-856-5702 (TTY: 711)**. Estamos a su disposición de lunes a viernes, de 7 a.m. a 8 p.m., hora del este. Podemos ayudarle sin costo para usted. Podemos explicarle el documento en inglés o en su idioma preferido. También podemos brindarle ayuda si tiene dificultades de la vista o la audición. Consulte su Manual para los afiliados para obtener información sobre sus derechos.

Importante

En Humana, es importante que usted reciba un trato justo.

Humana Inc. y sus subsidiarias no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición de militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud. La discriminación es contra la ley. Humana y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales. Si usted cree que Humana o sus subsidiarias le han discriminado, hay formas de obtener ayuda.

- Usted puede presentar una queja, también conocida como queja formal a: **Discrimination Grievances**, P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, llame al **877-856-5702** o bien, si utiliza un TTY, llame al **711**.
- También puede presentar una queja de derechos civiles ante el:
 - **Departamento de Medicaid de Ohio (ODM, por sus siglas en inglés), Oficina de Derechos Civiles** enviando un correo electrónico a ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov, enviando un fax al **614-644-1434** o por correo postal a P.O. Box 182709, Columbus, Ohio 43218-2709; o
 - **Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., Oficina de Derechos Civiles**, electrónicamente a través de su Portal de quejas disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o a **U.S. Department of Health and Human Services**, 200 Independence Avenue, SW, Room 509F, HHH Building, Washington, DC 20201, **800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)**. Los formularios de quejas están disponibles en <https://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

Tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. **877-856-5702 (TTY: 711)**

Humana provee recursos y servicios auxiliares gratuitos como, por ejemplo, intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos para personas con discapacidades, cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación.

Humana Healthy Horizons in Ohio es un producto de Medicaid de Humana Health Plan of Ohio, Inc.

Usted tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. 877-856-5702 (TTY: 711)

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

繁體中文 (Traditional Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

Ikinyarwanda (Kinyarwanda): Hamagara numero iri haruguru uhabwe serivisi z'ubufasha bw'ururimi ku buntu.

简体中文 (Simplified Chinese): 您可以拨打上面的电话号码以获得免费的语言协助服务。

دري (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

پشتو (Pashto): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

አማርኛ (Amharic): ነፃ የቋንቋ ድጋፍ አገልግሎቶችን ለማግኘት ከላይ ባለው ስልክ ቁጥር ይደውሉ።

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કોલ કરો.