



GUÍA RÁPIDA

para completar el formulario de evaluación anual de salud



Al igual que años anteriores, el formulario está disponible a través de www.innovamd.com

Los cambios más significativos se muestran a continuación:

1. En la sección de Historial Médico se agregaron **Determinantes Sociales**.

HISTORIAL MÉDICO, FAMILIAR Y SOCIAL DEL PACIENTE

Paciente	Madre	Padre	Hermanos
DM	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad CV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colesterol alto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
CA colorrectal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alzheimer's	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
VH	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Otro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Determinantes Sociales

Consejería enfermedades de transmisión sexual y hábitos tóxicos:

Riesgos en contraer VIH SI No N/A

Otras enfermedades de transmisión sexual SI No N/A

Otras enfermedades de transmisión sexual SI No N/A

Dejar de ingerir alcohol SI No N/A

Dejar de usar drogas ilícitas SI No N/A

Determinantes sociales

Determinantes sociales

Seleccione todos los problemas que se aplican relacionados con lo siguiente:

Problemas relacionados con vivir solo

- Problemas relacionados con vivir solo

Educación y alfabetización

- Analfabetismo y alfabetismo de bajo nivel

Vivienda y circunstancias económicas

- Falta de vivienda
- Hogar inadecuado
- Discordia con vecinos, inquilinos y arrendador
- Problemas relacionados con vivir en una institución
- Falta de alimentos adecuados y agua potable
- Pobreza extrema
- Preocupado por perder vivienda
- Bajos ingresos (no puede pagar):
 - medicamentos
 - utilidades
 - atención médica
 - transporte
 - comida

Grupo de apoyo primario: incluye circunstancias familiares

- Problemas en la relación con el cónyuge o pareja
- Ausencia de un miembro de la familia debido a movilización militar
- Otra ausencia de miembro de la familia
- Desaparición y muerte de un familiar
- Perturbación de la familia por separación y divorcio
- Paciente dependiente que necesita atención en el hogar
- Abuso físico y negligencia en la familia

Estrés de vida

- Dieta inadecuada y hábitos alimenticios (no se aplica a la desnutrición)
- Necesidad de asistencia en el hogar y ningún otro miembro del hogar tiene la capacidad de brindar atención
- Necesidad de supervisión continua
- Otros problemas relacionados con la dependencia del proveedor de atención

Atenciones médicas y otros servicios de salud

- Falta de disponibilidad e incesantabilidad de ayuda de otras agencias

Debe seleccionar todos aquellos que se apliquen al afiliado al momento del encuentro.

2. En la sección de Nutrición se añadió el **Cernimiento para Malnutrición**.

NUTRICIÓN

N/A

Malnutrición

Malnutrición

Deficiencia en Complejo B

Deficiencia vitamina B6

Deficiencia vitamina B12

Deficiencia otra vitamina/nutriente: _____

Obesidad

Obesidad mórbida

Cernimiento Malnutrición

Criterios Fenotípicos

Perdida de peso involuntario:

- >10% del peso corporal en 6 meses o menos
- >20% del peso corporal en más de 6 meses
- 5-10% del peso corporal en 6 meses o menos
- 10-20% del peso corporal en más de 6 meses
- >5% del peso corporal en menos de 6 meses
- >10% del peso corporal en 6 meses o más

BMI bajo

- BMI <18.5 paciente menor de 70 años
- BMI <20 paciente menor de 70 años
- BMI <22 paciente de 70 años o más
- BMI <22 paciente de 70 años o más

Reducción de masa muscular Criterio de referencia menor a 31 cm

- Reducción de masa muscular severa
- Reducción de masa muscular leve o moderada

Criterios Etiológicos

El paciente presenta uno o más de los siguientes:

- Reducción de ingesta de alimentos o absorción
- <50% en una semana o más o cualquier reducción en 2 semanas o más, o condiciones como diarrea, vómitos, malestar, gastroenteritis, constipación, color abdominal entre otros / FAVOR de indicar factores en el área de modo de atención.
- Enfermedades sistémicas o de alta complejidad
- Algunos de estas enfermedades son: Filicaciones, CHF, COPD, RA, CKD, CLD, CA, quemaduras, trauma, y otras condiciones crónicas/ Favor de documentar estas enfermedades en sus respectivas secciones o en el área de otras condiciones activas.

Es requerido seleccionar al menos un **criterio fenotípico** y un **criterio etiológico** para documentar la condición.

3. En la sección de Salud Mental se incluyó un cernimiento de **Desórdenes de uso de Sustancias**.

SALUD MENTAL

N/A

Depresión mayor episodio único

Depresión mayor recurrente

Depresión mayor en remisión

Leve

Moderado

Severo

Con síntomas psicóticos

Resultado: _____

Desorden bipolar si sabe tipo y severidad: _____

Desorden del ánimo Distimia

Esquizofrenia, tipo: _____

Desórdenes de uso de sustancias

Desórdenes de uso de sustancias

Cernimiento de uso de Sustancias

Sustancia	Uso	Abuso	Dependencia
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcohol	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Medicamentos	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Identifique las sustancias a las que el afiliado se expone. Luego, con la ayuda del cuestionario **DSM-5**, determine si existe algún **uso, abuso o dependencia** de alguna sustancia o **remisión**.

Recuerde:

- Llene el formulario en un encuentro cara a cara con el afiliado.
- Revise y confirme los diagnósticos reportados por usted y otros profesionales de la salud antes de comenzar.
- Documente los diagnósticos a cabalidad en palabras; no use códigos ICD-10-CM.
- Evite contradicciones en la documentación clínica.
- **Una vez el formulario sea codificado**, imprima o exporte el documento y agréguelo al récord del paciente.

Forma entregada y aprobada	06/30/2020	09/30/2020	12/31/2020
	\$150.00	\$125.00	\$100.00

Tarifas de pago: