

Formulario de información de salud



UN FORMULARIO POR AFILIADO O AFILIADA – DE 18 AÑOS DE EDAD Y MAYORES

Cuéntenos sobre su historial de salud. *Este formulario nos ayudará a averiguar si hay servicios o herramientas adicionales que pudiera necesitar.*

Nombre del (la) afiliado(a): _____ Apellido del (la) afiliado(a): _____

Núm. de identif. de Medicaid: _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/año): _____

1. Considera que su salud es: <input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Mala <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
2. Ha consultado a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider; PCP) (por ejemplo, un médico, integrante de enfermería o clínica que consulta para revisiones y atención de rutina) en los últimos 12 meses: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
3. Ha consultado a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider) (por ejemplo, un médico, integrante de enfermería o clínica que consulta para revisiones y atención de rutina) en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por haber tenido poco interés o placer en hacer cosas? <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
5. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido molestias por sentir tristeza, depresión o desesperanza? <input type="checkbox"/> Para nada <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
6. ¿Cuántas veces fue a la sala de emergencias en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1 a 2 veces <input type="checkbox"/> 3 a 4 veces <input type="checkbox"/> 5 o más veces <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
7. ¿Cuántas hospitalizaciones no planeadas ha tenido en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> 0 veces <input type="checkbox"/> 1 a 2 veces <input type="checkbox"/> 3 a 4 veces <input type="checkbox"/> 5 o más veces <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
8. ¿Ha consultado a un dentista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
9. ¿Se ha aplicado la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
10. ¿Tiene sus vacunas al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
11. ¿Se ha hecho un examen de la vista en los últimos 12 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
12. Para mujeres en edad reproductiva: ¿Está embarazada o sospecha que está embarazada? (De 55 años de edad y menores.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
13. ¿Tiene algún padecimiento físico o de salud conductual para el que está bajo el cuidado de un médico, o para el que le hayan dicho que debe estarlo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir

14. ¿Tiene dos o más padecimientos crónicos, como enfermedad cardíaca, artritis, diabetes, asma, demencia, trastorno bipolar, esquizofrenia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
15. En los últimos siete días, ¿cómo calificaría su dolor en una escala de 0-10, en donde el cero significa nada de dolor y el 10 significa dolor insoportable? <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 0 a 3 <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 4 a 6 <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 7 a 8 <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 9 <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 10 <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
16. ¿Consume usted cuatro o más medicamentos de venta con receta regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
17. ¿Consume usted sus medicamentos según su médico se los recetó e indicó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> N/C
18. ¿Tiene algunas inquietudes acerca de sus medicamentos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> N/C
19. ¿Usa algún tipo de equipo médico actualmente? (excluya bastón, caminadora, muletas, nebulizador, suministros para la diabetes) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
20. ¿Necesita ayuda con actividades del diario vivir? (por ejemplo, bañarse, tomar medicamentos, comer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
21. ¿Cuánto pesa actualmente? _____ libras
22. ¿Cuál es su estatura actual? _____ pies _____ pulgadas
23. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez ha pensado sobre hacerse daño a sí mismo(a) o a otras personas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
24. ¿Consume usted productos de tabaco o cigarrillos electrónicos o hace vaping actualmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
25. ¿Ha consumido productos de tabaco sin humo en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
26. ¿Con qué frecuencia bebe (seis en caso de mujeres/ocho en caso de hombres) o más tragos en una sola ocasión? <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Menos de una vez al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Diariamente o casi diariamente <input type="checkbox"/> Prefiero no decir

27. ¿Usa su cinturón de seguridad regularmente? Sí No
 No estoy seguro(a) Prefiero no decir

28. En la última semana, ¿durante cuántos días ha hecho actividad física un total de treinta minutos o más en forma lo suficientemente activa como para elevar su ritmo cardiaco y de respiración? (Esto puede incluir deporte, ejercicio y caminata rápida o ciclismo recreativo o para trasladarse, pero no debe incluir trabajo del hogar o la actividad física que forme parte de su trabajo). 5-7 3-4 1-2 0 Prefiero no decir

29. En los últimos 12 meses, ¿ha consumido drogas recreativas? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

30. En los últimos 12 meses, ¿se ha hecho un examen de mujer saludable/hombre saludable? Sí No
 No estoy seguro(a) Prefiero no decir

31. Debido a que las relaciones difíciles pueden ocasionar problemas de salud, estamos haciendo a todos nuestros afiliados la pregunta siguiente: ¿Su pareja, o cualquier persona en su hogar le golpea, le hace daño o le amenaza? Sí No
 Prefiero no decir

32. ¿Tiene un lugar regular y seguro en donde duerme y guarda sus cosas? Sí No Prefiero no decir

33. ¿Cuál es su estado laboral? Empleado
 Desempleado pero buscando empleo activamente
 Desempleado sin buscar empleo
 Desempleado/retirado, pero quizá busque empleo
 Retirado Prefiero no decir

34. ¿Tiene una Determinación de Discapacidad del Seguro Social? Sí No Prefiero no decir

35. ¿Tiene cualesquiera problemas legales actuales, o está en libertad condicional o vigilada? Sí No
 No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

36. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude al leer instrucciones, panfletos u otros materiales escritos que le proporciona su médico o farmacia? Nunca
 En ocasiones Generalmente Siempre
 Prefiero no decir

37. ¿Actualmente recibe apoyos para alimentarse saludablemente? [Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Cupones para Alimentos, Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Bebés y Niños (Special Supplemental Food Program for Women, Infants and Children; WIC), etc.]? No Sí No, pero me gustaría No sé
 Prefiero no decir

38. ¿Cuál es su nivel más alto de educación? Una parte de secundaria (*high school*)
 diploma de secundaria (*high school*)
 escuela vocacional
 una parte de educación superior
 título de educación superior
 más de un título de educación superior
 Prefiero no decir

39. ¿En dónde ha estado viviendo los últimos 30 días? (Puede seleccionar más de una respuesta.)
 En una casa, propia o rentada
 Me quedé en casa de otra persona Sin hogar
 En una casa hogar Hotel Otro
 Instalaciones para vivienda transicional o refugio de emergencia temporal
 Prefiero no decir

40. ¿Cuántas direcciones tuvo en los últimos 12 meses? Prefiero no decir

41. Si tiene empleo, ¿considera que su empleo es adecuado con base en sus habilidades y conocimientos? Sí No
 No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

42. ¿Se preocupa por el pago de sus cobros? Sí No
 No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

43. ¿Le gustaría obtener más información sobre programas de asistencia financiera que están a su disposición? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir
 N/C

Si está teniendo algún problema (físico, social, conductual) sobre el que desee hablar con un integrante del personal de Sunflower, por favor llámenos a la línea sin costo al **1-877-644-4623 (TTY 711)**.

Sunflower usará la información de este formulario para ayudarle a obtener servicios de atención de la salud. Su información se mantendrá privada y confidencial como lo requiere la ley estatal y federal. Para obtener más información, por favor consulte la sección del Aviso de Prácticas de Privacidad en su manual para miembros o llámenos al **1-877-644-4623 or TTY 711**.

Por favor, envíe a Sunflower este formulario debidamente llenado. Puede:

- Usar el sobre con porte pre-pagado (si se le proporcionó).
- Enviarlo por correo postal a Medical Management Notifications, PO Box 2010, Farmington MO 63640-9706.
- Enviarlo por fax (sin costo) al 1-855-581-2246.
- Enviarlo por mensaje electrónico a SunflowerPHCM@sunflowerhealthplan.com.