

Formulario de información de salud



UN FORMULARIO POR AFILIADO O AFILIADA – DE 17 AÑOS DE EDAD Y MENORES

Cuéntenos sobre el historial de salud de su hijo o hija. Este formulario nos ayudará a averiguar si hay servicios o herramientas adicionales que su hijo o hija 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 la salud de su hijo o hija 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. Su hijo o hija ha consultado a un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider; PCP) (por ejemplo, un médico, integrante de enfermería o clínica que su hijo o hija 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. ¿Su hijo o hija tiene uno o más especialistas, por ejemplo, un médico de alergias o del corazón, que consulta regularmente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
4. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia su hijo o hija ha mostrado 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 su hijo o hija ha parecido estar sintiendo 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 su hijo o hija 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 su hijo o hija 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. ¿Su hijo o hija ha consultado a un dentista en los últimos 12 meses? (De 12 meses de edad y mayores.) <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
9. ¿A su hijo o hija se le ha aplicado la vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses? (De 6 meses de edad y mayores.) <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
10. ¿Su hijo o hija tiene sus inmunizaciones al día? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
11. ¿A su hijo o hija se le ha hecho un examen de la vista en los últimos 12 meses? (De 3 años de edad y mayores.) <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
12. ¿Su hijo o hija 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

13. ¿Su hijo o hija tiene dos o más padecimientos crónicos, como enfermedad cardíaca, diabetes, asma, trastorno de conducta, trastorno por déficit de atención/hiperactividad (ADHD), autismo, trastornos autoinmunes o ataques? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
14. En los últimos siete días, ¿su hijo o hija se ha quejado de padecer dolor? ¿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 5 <input type="checkbox"/> Calificación de dolor de 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
15. ¿Su hijo o hija consume 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
16. ¿Su hijo o hija consume 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
17. ¿Tiene algunas inquietudes acerca de los medicamentos de su hijo o hija? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
18. ¿Su hijo o hija usa algún tipo de equipo médico actualmente? (por ejemplo: silla de ruedas, 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
19. ¿Su hijo o hija necesita más ayuda con actividades del diario vivir que otros niños de su edad? (por ejemplo, bañarse, tomar medicamentos, vestirse, comer) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
20. ¿Cuánto pesa actualmente su hijo o hija? _____ libras
21. ¿Cuál es la estatura actual de su hijo o hija, en pulgadas?
22. ¿Un médico o especialista ha recomendado que su hijo o hija suba o baje de peso <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No estoy seguro(a) <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
23. En los últimos 12 meses, ¿alguna vez su hijo o hija ha amenazado con hacerse daño a sí mismo(a) o a otras personas o ha hablado sobre esto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir
24. ¿Su hija está embarazada o sospecha que está embarazada? (Mujeres de 8 años de edad y mayores.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no decir <input type="checkbox"/> N/C

25. ¿Su hijo o hija consume productos de tabaco, tabaco sin humo, cigarrillos electrónicos, hace *vaping* actualmente? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

26. ¿Su hijo o hija pasa tiempo con alguien que fuma cigarrillos o consume otros productos de tabaco? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

27. ¿Con qué frecuencia su hijo o hija consume alcohol? Nunca Menos de una vez al mes Mensualmente Semanalmente Diariamente o casi diariamente No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

28. ¿Su hijo o hija usa el cinturón de seguridad o viaja en un asiento de seguridad para vehículos regularmente? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

29. Respecto a sus hijos de 6 años de edad o mayores que pueden hacer actividad física: En la última semana, ¿durante cuántos días su hijo o hija ha hecho actividad física un total de 30 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). 5-7 3-4 1-2 0 No estoy seguro(a) Prefiero no decir

30. En los últimos 12 meses, ¿su hijo o hija ha consumido drogas recreativas? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

31. En los últimos 12 meses, ¿a su hijo o hija se le ha hecho un examen de niño saludable o una evaluación KAN Be Healthy? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir

32. 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 golpea, hace daño o amenaza a su hijo o hija? Sí No Prefiero no decir

33. ¿Su hijo o hija tiene un lugar regular y seguro en donde duerme y guarda sus cosas? Sí No Prefiero no decir

34. ¿Cuál es el estado laboral de su hijo o hija?
 Empleado No tiene edad suficiente para trabajar
 Desempleado pero buscando empleo activamente
 Desempleado sin buscar empleo
 Desempleado pero quizá busque empleo
 Prefiero no decir

35. ¿Su hijo o hija tiene una Determinación de Discapacidad del Seguro Social? Sí No Prefiero no decir

36. ¿Su hijo o hija tiene cualesquiera problemas legales actuales, o está en libertad condicional o vigilada actualmente? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

37. ¿Con qué frecuencia usted, como padre, madre o tutor, necesita que alguien le ayude al leer instrucciones, panfletos u otros materiales escritos que le proporciona el médico o la farmacia de su hijo o hija? Nunca En ocasiones Generalmente Siempre Prefiero no decir

38. ¿Actualmente su familia 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

39. ¿Su familia se preocupa por el pago de sus cobros? Sí No No estoy seguro(a) Prefiero no decir N/C

40. ¿Cuál es el nivel más alto de educación de su hijo o hija?
 Todavía no entra a la escuela
 Está progresando satisfactoriamente
 Reprobó o abandonó los estudios o está en riesgo de hacerlo
 Obtuvo el diploma de secundaria (*high school*) o GED

41. ¿En cuántas direcciones su hijo o hija ha vivido en los últimos 12 meses?

42. Si su hijo o hija 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

43. ¿En dónde ha estado viviendo su hijo o hija los últimos 30 días? (puede seleccionar múltiples opciones)
 En una casa, propia o rentada
 Se quedó en casa de otra persona
 Hotel
 Sin hogar
 En una casa hogar
 Instalaciones para vivienda transicional o refugio de emergencia temporal
 Otro Prefiero no decir

Si su hijo o hija 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 ayudar a su hijo o hija a obtener servicios de atención de la salud. La información de su hijo o hija 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).
- Enviar por correo postal a Medical Management Notifications, PO Box 2010, Farmington MO 63640-9706.
- Enviar por fax (sin costo) al 1-855-581-2246.
- Enviar por mensaje electrónico a SunflowerPHCM@sunflowerhealthplan.com.