

Bienvenido a Prestige Health Choice. Ahora que usted es miembro del plan, le pedimos completar este formulario. Nos ayudará a entender sus necesidades y cómo brindarle el mejor apoyo con programas y servicios. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame a nuestro Equipo de Alcance y Respuesta Rápida al **1-855-371-8072** y un representante del plan médico le ayudará.



CUESTIONARIO INICIAL DE LA SALUD

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____ S.N.: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (mejor número para contactarlo): _____ Fecha de nacimiento: _____

PREFERENCIAS DE IDIOMA

¿Qué idioma es más fácil para usted para que nos **hable** sobre su salud?

- Inglés. Somali. Español. Árabe. Vietnamita.
 Bosnio. Ruso. Francés. Alemán.
 Otro: _____

¿Qué idioma es más cómodo para usted para **leer** sobre su salud?

- Inglés. Somali. Español. Árabe. Vietnamita.
 Bosnio. Ruso. Francés. Alemán.
 Otro: _____

ORIGEN ÉTNICO Y RAZA

¿Cuál es su origen étnico?

- Hispano. Si es Hispano o Latino, ¿cuál es su país de origen?
 No Hispano.
 Otro: _____

¿Cómo describe usted su raza?

- Indio americano o nativo de Alaska. Negro o afroamericano.
 Oriente medio o Africano del norte. Asiático.
 Nativo de Hawaii o Isleño del Pacífico. Caucásico.
 Prefiere no decirlo. Otro: _____

Preguntas sobre la Evaluación de riesgos para la salud

En Prestige Health Choice (Prestige), sabemos que la salud es más que lo que sucede en el consultorio de su médico. Nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre sus necesidades diarias. En base a sus respuestas, es posible que alguien de Prestige se comunice con usted para hablar sobre los recursos en su comunidad. Esta información es privada y está protegida como toda su información médica, y todas las preguntas son opcionales.



1. ¿Puede decirme el último grado que terminó en la escuela?
 - No asistí a la escuela secundaria.
 - Asistí algún tiempo a la escuela secundaria.
 - Me gradué en la escuela secundaria.
 - GED o equivalencia de escuela secundaria.
 - Completé el programa vocacional o comercial.
 - Asistí algún tiempo a la universidad.
 - Universidad.
 - Graduado o superior.
 - Elijo no responder esta pregunta.

2. Puede ser difícil entender a las personas en el consultorio de su médico cuando le hablan sobre su salud.
¿Alguna vez se confunde al responder o hacer preguntas sobre su salud en las citas médicas?
 - Sí. Marque todos los que correspondan:
 - Entender las instrucciones de mi médico.
 - Leer las instrucciones de mi médico.
 - Entender cómo tomar los medicamentos.
 - Entender los términos médicos.
 - Entender los resultados del laboratorio y los resultados de las pruebas.
 - Otros: _____
 - No.
 - Elijo no responder esta pregunta.

3. A veces puede ser difícil conseguir transporte para sus necesidades cotidianas. ¿Ha tenido problemas para conseguir transporte para sus necesidades médicas en las últimas cuatro semanas? Puede ser transporte para ir al médico o para obtener sus medicamentos. ¿Qué pasa con respecto a ir a la tienda de alimentos o a trabajar? (Seleccione todas las opciones que corresponden).
 - Sí, he tenido problemas para llegar al médico o para retirar mis medicamentos.
 - Sí, he tenido problemas para llegar a otros lugares donde necesito ir.
 - No.
 - Elijo no responder esta pregunta.

4. Puede ser estresante tener problemas para pagar las facturas y obtener las cosas que necesita a diario. Durante los últimos doce meses, ¿ha tenido problemas con alguna de las siguientes cuestiones?:
- a. Conseguir alimentos para su familia con regularidad.
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - b. Pagar las cuentas de servicios públicos (como calefacción o electricidad).
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - c. Obtener la ropa que usted o su familia necesitan.
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - d. Conseguir quien cuide a los niños cuando necesita ir a una cita con el médico.
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - e. Pagar su factura de teléfono.
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - f. Obtener artículos que necesita a diario (como pañales, champú, mantas y colchones).
 - Sí. No.
 - Elijo no responder esta pregunta.
 - g. Problemas con otra cosa.
5. Tener refugio es una parte importante de su salud. ¿Puede hablarme de su vivienda actual?
- Tengo vivienda.
 - Tengo vivienda, pero me preocupa perderla.
 - No tengo vivienda.
 - Elijo no responder esta pregunta.
6. ¿Quién esta llenando el cuestionario?
- Miembro.
 - Padre o tutor.
 - Otro.
 - Nombre del padre o tutor u otro: _____

7. ¿Está embarazada?
 Sí. No.
8. En general, diría usted que su salud es:
 Excelente.
 Muy buena.
 Buena.
 Razonable.
 Mala.
9. ¿Tiene usted o su hijo alguna enfermedad?
 Asma.
 Diabetes.
 Presión arterial alta o colesterol.
 Ataques o convulsiones.
 Problemas de la salud del comportamiento.
 Enfermedad de células falciformes.
 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD).
 Otro:
10. ¿Esta usted (o su hijo) teniendo problemas obteniendo una cita para visitar a su médico o especialista?
 Sí. No. No tengo un médico que veo regularmente.
11. ¿Qué tipo de transporte suelen utilizar usted (o su hijo) para las citas o servicios médicos?
 Transporte propio.
 Taxi.
 Cuidador o amigo.
 Transporte público.
 Ambulancia.
 Sin excluir ningún medio fiable.
 Otro:
12. ¿Esta usted (o su hijo) tomando algún medicamento?
 Sí. No.

Evaluación de riesgos para la salud de los nuevos miembros

13. Si respondió “sí”, ¿usted (o su hijo) necesitan ayuda para obtener sus medicamentos?

- Sí. No.

14. ¿Usa usted (o su hijo) algún producto o derivado del tabaco?

- No.
 Cigarrillos o puros.
 Tabaco sin humo (tabaco de mascar, pipas, cigarrillos electrónicos, vape).

15. ¿Esta usted (o su hijo) alrededor de personas que fuman productos de tabaco?

- Sí. No.

16. ¿Tiene usted (o su hijo) algún problema para caminar, bañarse, vestirse o para usar el inodoro?

- Sí. No.

17. ¿Tiene usted (o su hijo) que usar algún equipo médico?

- Sí. No.

Lista de equipo médico: _____

18. Si respondió “sí”, ¿necesita usted (o su hijo) ayuda para obtener equipo, suministros o artículos para su cuidado dentro de su hogar?

- Sí. No.

19. ¿Esta usted (o su hijo) actualmente recibiendo algún servicio para la salud del comportamiento?

- Sí. No.

20. ¿Le gustaría a usted (o su hijo) recibir ayuda con sus servicios para la salud del comportamiento?

- Sí. No.

21. ¿Esta usted (o su hijo) viendo a un dentista?

- Sí. No.

Nombre del dentista: _____

22. ¿Siente que su enfermedad o condición médica (o la de su hijo) no esta controlada?

- Sí. No.

¡Gracias por completar nuestra evaluación para la salud! Esta información nos ayudará a brindarle la mejor atención médica posible. Mantendremos su información privada.

Por favor devuelva este formulario en el sobre con franqueo pagado o enviar a:

Prestige Health Choice
P.O. Box 7181
London, KY 40742

También puede enviar por fax el formulario completado al **1-855-236-9281**.

Si tiene alguna pregunta sobre este formulario, por favor llame a Servicios al Miembro al **1-855-355-9800**.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800** or TTY/TDD **1-855-358-5856**, 24 hours a day, 7 days a week.

Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Comuníquese con nuestro número de servicio al cliente al **1-855-355-9800** o TTY/TDD **1-855-358-5856**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Enfòmasyon sa a disponib gratis nan lòt lang. Tanpri rele sèvis kliyan nou annan nimewo **1-855-355-9800** oswa **1-855-358-5856** pou moun ki pa tande byen, 24 sou 24, 7 sou 7.