

Bienvenido a AmeriHealth Caritas Florida. Ahora que es miembro, le solicitamos que complete 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 DE EVALUACIÓN INICIAL DE SALUD

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Nombre: _____ Inicial segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono (mejor número para contactarlo): _____ Fecha de nacimiento: _____

PREFERENCIAS DE IDIOMA

¿Con qué idioma se siente más cómodo para **hablar** sobre su salud?

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

¿Con qué idioma se siente más cómodo para **leer** sobre su salud?

- Inglés. Somalí. 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.
 De Oriente Medio o África del Norte. Asiático.
 Nativo de Hawaii o isleño del Pacífico. Blanco o caucásico.
 Prefiere no decirlo. Otro: _____

Preguntas sobre la Evaluación de riesgos para la salud

En AmeriHealth Caritas Florida, 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 AmeriHealth Caritas Florida se comunique 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 consultas 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 consulta médica.
 - 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 completando 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. ¿Tienen usted o su hijo alguna enfermedad?

- Asma.
 Diabetes.
 Presión arterial alta o colesterol.
 Crisis o convulsiones.
 Problemas de la salud conductual.
 Enfermedad de células falciformes.
 Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (ADHD).
 Otro:

10. ¿Usted (o su hijo) está teniendo problemas para conseguir una consulta con su médico o especialista?

- Sí. No. No tengo un médico que veo regularmente.

11. ¿Qué tipo de transporte suele utilizar usted (o su hijo) para las consultas o servicios médicos?

- Transporte propio.
 Taxi.
 Cuidador o amigo.
 Transporte público.
 Ambulancia.
 Ningún medio confiable.
 Otro:

12. ¿Está usted (o su hijo) tomando algún medicamento?

- Sí. No.

13. Si respondió “sí”, ¿usted (o su hijo) necesita 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. ¿Está 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 equipos, suministros o artículos para su atención dentro de su hogar?

- Sí. No.

19. ¿Usted (o su hijo) actualmente recibe algún servicio para la salud conductual?

- Sí. No.

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

- Sí. No.

21. ¿Usted (o su hijo) ve a un dentista?

- Sí. No.

Nombre del dentista: _____

22. ¿Siente que su enfermedad o afección (o la de su hijo) no está 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.

Devuelva este formulario en el sobre con franqueo pagado o envíelo a:

AmeriHealth Caritas Florida
P.O. Box 7181
London, KY 40742

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

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



La discriminación está en contra de la ley

AmeriHealth Caritas Florida cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina ni excluye a las personas o las trata de modo diferentes por motivos de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, credo, afiliación religiosa, ancestros, sexo, identidad o expresión de género u orientación sexual.

AmeriHealth Caritas Florida:

- Proporciona a las personas con discapacidades, para que puedan comunicarse con nosotros eficazmente, asistencia y servicios gratuitos (sin costo), tales como:
 - Intérpretes calificados del lenguaje de señas.
 - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).
- Proporciona servicios sin cargo (sin costo) a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
 - Intérpretes calificados.
 - Información escrita en otros idiomas.

Si necesita estos servicios, llame a AmeriHealth Caritas Florida al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**. Estamos disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Si cree que AmeriHealth Caritas Florida no ha provisto estos servicios o lo ha discriminado de alguna otra manera, usted o su representante autorizado (si contamos con su autorización escrita en nuestros archivos) puede presentar una queja formal ante:

- Grievance and Appeals, P.O. Box 7368, London, KY 40742. Teléfono: **1-855-371-8078 (TTY 1-855-371-8079)**. Fax: **1-855-358-5847**.
- Puede presentar una queja formal por correo postal, fax o teléfono. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, Servicios al Miembro de AmeriHealth Caritas Florida está disponible para ayudarlo.

También puede presentar una queja relativa a los derechos civiles ante el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU., Oficina de Derechos Civiles (en inglés, *U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights*) de manera electrónica a través del Portal de Quejas sobre Derechos Civiles, disponible en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo postal o teléfono a:

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019 (TTY 1-800-537-7697)

Los formularios de quejas están disponibles en:
<http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.

English: This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 hours a day, seven days a week. If your primary language is not English, or to request auxiliary aids, assistance services are available to you, free of charge.

Spanish: Esta información está disponible en otros idiomas de forma gratuita. Póngase en contacto con nuestro número de servicios al cliente al **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, las 24 horas del día, los siete días de la semana. Si su idioma principal no es el inglés, o necesita solicitar ayudas auxiliares, hay servicios de asistencia a su disposición de forma gratuita.

Haitian Creole: Enfòmasyon sa yo disponib gratis nan lòt lang. Tanpri kontakte ekip sèvis kliyan nou an nan **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 è sou 24, sèt jou sou sèt. Si anglè pa lang manman w oswa si w ta renmen mande yon èd konplemantè, ou ka resevwa sèvis ki gratis pou ede w.

Vietnamese: Thông tin này có sẵn miễn phí ở các ngôn ngữ khác. Vui lòng liên lạc bộ phận dịch vụ khách hàng của chúng tôi theo số **1-855-355-9800 (TTY 1-855-358-5856)**, 24 giờ một ngày, bảy ngày trong tuần. Nếu ngôn ngữ chính của quý vị không phải là tiếng Anh, hoặc để yêu cầu các thiết bị trợ giúp bổ sung, thì quý vị có thể sử dụng miễn phí các dịch vụ hỗ trợ.

This information is available for free in other languages. Please contact our customer service number at **1-855-355-9800** or TTY **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 **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 an nan nimewo **1-855-355-9800** oswa TTY **1-855-358-5856**, 24 sou 24, 7 sou 7.

