

Gracias por elegir a Healthy Blue. Estamos entregados a ayudarlo a conservar la salud. Esta evaluación de la salud nos ayudará a saber sobre su salud y coordinar su atención de una manera que se adapte a sus necesidades particulares.

Le pedimos que por favor se tome el tiempo necesario para contestar las preguntas de la mejor manera que pueda. Cuando termine el cuestionario, por favor, envíelo por correo o fax a:

Healthy Blue
Attn: HCM/HRA
Mail Stop: AX-E13; Phase 3 Floor 4
P.O. Box 6170
Columbia, SC 29260-6170
Fax: 855-580-2810

La información que usted nos proporciona no se divulgará a nadie que no necesite saberla. Si tiene preguntas sobre la evaluación, por favor llámenos gratis al 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634).

Información del miembro

Nombre: _____

Apellido: _____

Healthy Blue número de ID de miembro: _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Evaluación de salud

Lea cada pregunta y marque la respuesta que mejor lo describa. Si la pregunta pide completar el espacio en blanco, por favor, escriba su respuesta en el espacio provisto.

Estado de salud

1. ¿Cómo describiría su salud general?

____Excelente: rara vez se enferma, puede participar plenamente en las actividades cotidianas

___ Muy buena: se enferma de vez en cuando, puede participar en las actividades cotidianas la mayoría de las veces

___ Buena: se ha controlado bien los problemas de salud, puede participar en las actividades cotidianas cuando su estado se lo permite

___ Regular: se enferma con frecuencia, no pueden participar en las actividades cotidianas parte del tiempo debido a sus afecciones de salud. A veces no puede controlar sus problemas de salud.

___ Mala: no puede participar en las actividades cotidianas la mayoría de las veces debido a sus afecciones de salud, las cuales no están bien controladas.

2. ¿Tiene un médico de atención primaria (PCP) con quien se lleva bien?

___ Sí

___ No

3. ¿Está bajo tratamiento de un especialista?

___ Sí

___ No

4. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado tener poco interés o placer en hacer cosas?

___ Nunca

___ Varios días

___ Más de la mitad de los días

___ Casi todos los días

5. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentirse decaído, deprimido o desesperado?

___ Nunca

___ Varios días

___ Más de la mitad de los días

___ Casi todos los días

Afecciones de salud

6. ¿Está embarazada?

___ Sí

___ No

7. ¿Padece alguna afección de salud física o conductual por la que está recibiendo tratamiento?

___ Sí

___ No

Si respondió sí, escriba las afecciones: _____

Necesidades de salud

8. ¿Toma medicamentos para alguna afección crónica?

___ Sí

___ No

9. ¿Usa cuatro o más medicamentos con receta?

___ Sí

___ No

10. ¿Puede tomarse sus medicinas según las indicaciones de su doctor?

___ Sí

___ No

11. ¿Tiene dudas sobre sus medicinas?

___ Sí

___ No

12. ¿Tiene alguna alergia a medicinas o cualquier otra cosa?

___ Sí

No

Si respondió sí, escriba las alergias: _____

13. Excepto bastones, andadores, muletas, nebulizadores o suministros para la diabetes, ¿utiliza algún equipo médico?

Sí

No

Si respondió sí, indique el equipo médico que está utilizando: _____

14. ¿Necesita ayuda con las actividades cotidianas como bañarse, tomar medicamentos o comer?

Sí

No

Resultados de salud

Díganos acerca de las siguientes pruebas y el resultado, si lo sabe.

15. Colesterol total (TC):

Nunca me han hecho esta prueba.

Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

Mi doctor dijo que el resultado era normal.

Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

Mi doctor dijo que el resultado era alto.

Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de TC es _____.

16. HDL (lipoproteína de alta densidad, también conocida como colesterol "bueno"):

Nunca me han hecho esta prueba.

Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

Mi doctor dijo que el resultado era normal.

Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de HDL es _____.

17. LDL (lipoproteína de baja densidad, también conocida como colesterol “malo”):

___ Nunca me han hecho esta prueba.

___ Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

___ Mi doctor dijo que el resultado era normal.

___ Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

___ Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de LDL es _____.

18. Relación TC/HDL (relación colesterol total y lipoproteína de alta densidad):

___ Nunca me han hecho esta prueba.

___ Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

___ Mi doctor dijo que el resultado era normal.

___ Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

___ Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de TC/HDL es _____.

19. Triglicéridos:

___ Nunca me han hecho esta prueba.

___ Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

___ Mi doctor dijo que el resultado era normal.

___ Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

___ Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de triglicéridos es _____.

20. Glucosa (azúcar en la sangre)

___ Nunca me han hecho esta prueba.

___ Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado

___ Mi doctor dijo que el resultado era normal.

___ Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

___ Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de glucosa es _____.

21. ¿Cuál fue el resultado de su última medición de la presión arterial?

___ Nunca me han hecho esta prueba.

___ Me hicieron la prueba, pero no sé el resultado.

___ Mi doctor dijo que el resultado era normal.

___ Mi doctor dijo que el resultado era bajo.

___ Mi doctor dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. Mi resultado de lectura de la presión arterial es _____.

22. ¿Cuál es la circunferencia de su cintura (la distancia medida alrededor de su cintura)?

___ No sé con seguridad.

___ Yo sé la circunferencia exacta de mi cintura. La circunferencia de mi cintura es _____.

23. ¿Cuánto pesa? _____

24. ¿Qué estatura tiene? _____

25. ¿Cuál es su índice de masa corporal (IMC), si lo sabe? _____

Costumbres sanas

26. ¿Utiliza tabaco?

___ Sí

___ No

Actividades de salud

27. ¿Ha recibido una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

28. ¿Está al día con sus inmunizaciones (vacunas)?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

29. ¿Se ha hecho un examen de los ojos en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

30. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de detección del cáncer colorrectal?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

Actividades de salud — preguntas para las mujeres

31. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de detección del cáncer de mama?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

Si respondió sí, la fecha de mi último examen de detección del cáncer de mama fue el _____.

32. ¿Alguna vez le han hecho una prueba de detección del cáncer de cuello uterino?

- Sí
- No
- No sé con seguridad

Si respondió sí, la fecha de mi último examen de detección del cáncer de mama fue el _____.

Nuevamente, gracias por elegir a Healthy Blue. Será un placer colaborar con usted para ayudarle a satisfacer sus necesidades particulares. Para ayudarle a obtener la atención que necesita, también divulgaremos su evaluación de salud a su(s) doctor(es). Al enviarnos su evaluación de salud completada, usted nos autoriza a divulgar esta información a su(s) doctor(es).

Si tiene preguntas o desea cambiar de PCP o para hablar con un administrador de casos, llame gratis a nuestro Centro de Atención al Cliente al 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634). Este número de teléfono también se encuentra en su tarjeta de identificación Healthy Blue y en su Evidencia de cobertura. También puede visitar nuestro sitio web en www.HealthyBlueSC.com para consultar información sobre beneficios o buscar a proveedores locales.

Para preguntas generales sobre Medicaid, póngase en contacto con Healthy Connections al 1-877-552-4642 (TTY 1-877-552-4670).

Notificación de no discriminación

BlueChoice HealthPlan cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo. BlueChoice HealthPlan no excluye personas o las trata de manera diferente debido a la raza, color, origen nacional, edad, discapacidad o sexo.

Servicios lingüísticos

¿Necesita ayuda con su cuidado de la salud, para hablar con nosotros o leer lo que le enviamos? Proporcionamos nuestros materiales en otros idiomas y formatos sin costo alguno para usted. Llámenos a la línea gratuita al 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634).

BlueChoice HealthPlan es un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. BlueChoice HealthPlan tiene un contrato con Amerigroup Partnership Plan, LLC, una compañía independiente, para servicios de apoyo a la administración de Healthy Connections.