

Gracias por elegir a Healthy Blue. Estamos comprometidos a ayudar a que su hijo se mantenga sano. Esta evaluación de la salud nos ayudará a saber sobre la salud de su hijo 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, llámenos gratis al 1-866-781-5094 (TTY 1-866-773-9634).

Información del miembro

Nombre del niño: _____

Apellido del niño: _____

No. de ID de miembro de Healthy Blue del niño: _____

Fecha de nacimiento del niño: _____ Número de teléfono: _____

Calle: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Evaluación de salud

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

Estado de salud

1. ¿Cómo describiría la salud general de su hijo?

____ Excelente: rara vez se enferma, puede participar plenamente en la escuela y las actividades sociales

____ Muy buena: se enferma de vez en cuando, puede participar en la escuela y las actividades sociales la mayoría de las veces

___ Buena: ha controlado bien los problemas de salud, participa en la escuela y en actividades sociales cuando su estado se lo permite

___ Regular: se enferma con frecuencia, a veces falta a la escuela y se pierde algunas actividades sociales debido a problemas de salud. A veces no puede controlar sus problemas de salud.

___ Mala: se pierde una gran cantidad de actividades escolares y sociales a causa de los problemas de salud, que no están bien controlados

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

___ Sí

___ No

3. ¿Su hijo está bajo tratamiento de un especialista?

___ Sí

___ No

4. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia a su hijo 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 a su hijo 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 su hija?

___ Sí

No

7. ¿Padece su hijo 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 su hijo para alguna afección crónica?

Sí

No

9. ¿Toma su hijo cuatro o más medicamentos con receta?

Sí

No

10. ¿Su hijo puede tomarse sus medicinas según las indicaciones de su doctor?

Sí

No

11. ¿Tiene inquietudes sobre las medicinas de su hijo?

Sí

No

12. ¿Tiene su hijo 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 su hijo algún equipo médico?

___ Sí

___ No

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

14. ¿Necesita su hijo 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. Glucosa (azúcar en la sangre)

___ Nunca le han hecho esta prueba a mi hijo.

___ Le hicieron la prueba a mi hijo, pero no sé el resultado.

___ El doctor mi hijo dijo que el resultado era normal.

___ El doctor mi hijo dijo que el resultado era bajo.

___ El doctor mi hijo dijo que el resultado era alto.

___ Yo sé el resultado exacto. El resultado de glucosa de mi hijo es _____.

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

___ No sé con seguridad.

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

17. ¿Cuánto pesa su hijo? _____

18. ¿Cuál es la estatura de su hijo? _____

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

Actividades de salud

20. ¿Ha recibido su hijo una vacuna contra la gripe en los últimos 12 meses?

Sí

No

No sé con seguridad

21. ¿Tiene su hijo todas sus inmunizaciones (vacunas) al día?

Sí

No

No sé con seguridad

22. ¿Su hijo recibió la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH)?

Sí

No

No sé con seguridad

23. ¿Con qué frecuencia acude su hijo al dentista?

Cada seis meses

Una vez al año

Más de un año entre consultas

Mi hijo nunca ha ido al dentista

24. ¿Le han hecho a su hijo un examen de la vista en los últimos 12 meses?

Sí

No

No sé con seguridad

25. ¿Le han hecho a su hijo un examen del oído en los últimos 12 meses?

Sí

No

No sé con seguridad

26. ¿Le han hecho a su hijo una prueba de plomo?

Sí

No

No sé con seguridad

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