



ATTN: Member Assessment (B/S)
 300 Oceangate Ste 100
 Long Beach CA 90802-9894

Encuesta de Salud

<p>Nombre del Miembro:</p> <p>Persona que Completa esta Encuesta:</p> <p>Relación con el Miembro:</p> <p>ID de Atención Médica del Miembro:</p> <p>Fecha de Nacimiento del Miembro:</p> <p>Estado:</p>	<p>Teléfono Particular del Miembro:</p> <p>Teléfono Celular del Miembro:</p> <p>Teléfono de la Persona que Completa la Encuesta:</p> <p>Fecha de Hoy:</p> <p>Número de Inscripción: _____</p> <p>Fecha de Entrada en Vigencia Propuesta: _____</p>										
PREGUNTA RESPUESTA											
<p>¿Necesita otro idioma que no sea el inglés?</p>	<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Árabe</td> <td><input type="checkbox"/> Criollo</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Francés</td> <td><input type="checkbox"/> Chino mandarín</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Ruso</td> <td><input type="checkbox"/> Somalí</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Español</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamita</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Otro; indique el idioma que prefiere:</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Criollo	<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Chino mandarín	<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Somalí	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Otro; indique el idioma que prefiere:	
<input type="checkbox"/> Árabe	<input type="checkbox"/> Criollo										
<input type="checkbox"/> Francés	<input type="checkbox"/> Chino mandarín										
<input type="checkbox"/> Ruso	<input type="checkbox"/> Somalí										
<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Vietnamita										
<input type="checkbox"/> Otro; indique el idioma que prefiere:											
<p>¿Tiene alguna preferencia especial que deberíamos tener en cuenta? Marque todas las casillas que correspondan.</p>	<p>Marque todas las opciones que correspondan:</p> <p><input type="checkbox"/> Preferencia cultural.</p> <p><input type="checkbox"/> Impedimento auditivo.</p> <p><input type="checkbox"/> Alfabetización.</p> <p><input type="checkbox"/> Necesidades o preferencias religiosas/espirituales.</p> <p><input type="checkbox"/> Impedimento visual.</p> <p><input type="checkbox"/> Ninguno.</p> <p><input type="checkbox"/> Si es otra,</p> <p>indique sus preferencias:</p>										

<p>¿Cuál es su principal preocupación de salud en este momento?</p>	
<p>¿Presenta alguna de estas afecciones de salud? Marque las casillas que correspondan.</p>	<p><input type="checkbox"/> Asma.</p> <p><input type="checkbox"/> Problemas de Salud Conductual:</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Trastorno Bipolar.</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Depresión.</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Trastornos Psicóticos (Esquizofrenia).</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Trastornos por Abuso de Sustancias.</p> <p><input type="checkbox"/> Cáncer (actualmente en tratamiento).</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia Cardíaca Congestiva (ICC).</p> <p><input type="checkbox"/> Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) con uso de oxígeno.</p> <p><input type="checkbox"/> Diabetes con complicaciones.</p> <p><input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal en Etapa Terminal (IRET) con tratamiento de diálisis.</p> <p><input type="checkbox"/> VIH/SIDA.</p> <p><input type="checkbox"/> Discapacidades intelectuales o del desarrollo.</p> <p><input type="checkbox"/> Embarazo.</p> <p><input type="checkbox"/> Otra; indique sus afecciones de salud:</p>
<p>¿Cómo considera que es su estado de salud en comparación con el de otras personas de su edad? (Responder solo si es mayor de 18 años)</p>	<p><input type="checkbox"/> Excelente <input type="checkbox"/> Muy bueno <input type="checkbox"/> Bueno</p> <p><input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo</p>
<p>¿Le preocupa su memoria o amigos o familiares le han dicho que están preocupados por su memoria? (Pregunta solo para adultos)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<p>¿Ha acudido a la Sala de Emergencias (ER) en los últimos 6 meses?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces? _____</p> <p>Si la respuesta es “Sí”, indique el motivo de la visita:</p>

<p>¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos 6 meses? Si la respuesta es “Sí”, indique el motivo de la hospitalización:</p>	<p><input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es “Sí”, ¿cuántas veces? _____</p>
<p>¿Entiende para qué sirven sus medicamentos y por qué los está tomando?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es “No”, recomendamos lo siguiente: • Ponga sus medicamentos en una bolsa y llévelos a su próxima cita con el doctor.</p>
<p>¿Cuál es su situación actual de vivienda y convivencia?</p>	<p><input type="checkbox"/> Vive solo(a). <input type="checkbox"/> Vive con su esposo(a). <input type="checkbox"/> Vive con otra familia. <input type="checkbox"/> Vive con otras personas, sin parentesco. <input type="checkbox"/> Vive en un centro de ayuda con la vida diaria. <input type="checkbox"/> Vive en una casa grupal. <input type="checkbox"/> Vive en un centro de enfermería. <input type="checkbox"/> Vive en un refugio. <input type="checkbox"/> No tiene hogar. <input type="checkbox"/> Vive en una colocación fuera del hogar. <input type="checkbox"/> Vive en un centro médico fuera del estado. <input type="checkbox"/> Ninguna de las anteriores, indique su situación:</p>
<p>¿En qué actividades necesita ayuda? Marque las casillas de las actividades en las que necesita ayuda.</p>	<p><input type="checkbox"/> Alimentarse. <input type="checkbox"/> Bañarse. <input type="checkbox"/> Vestirse. <input type="checkbox"/> Usar el baño. <input type="checkbox"/> Continencia o problemas para llegar al baño a tiempo. <input type="checkbox"/> Levantarse de una silla o de la cama. <input type="checkbox"/> Hacer compras de comestibles o conseguir comida. <input type="checkbox"/> Transporte. <input type="checkbox"/> Ninguno. <input type="checkbox"/> Si es otra, enumere o describa</p>
<p>¿Tiene a alguien que lo(a) ayude actualmente?</p>	<p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>

Testamento Vital y Directiva Anticipada

Una directiva anticipada es un formulario que permite a sus seres queridos conocer sus decisiones sobre la atención médica en el caso de que usted esté demasiado enfermo(a) como para hacerlo por sí mismo(a).

En el formulario de directiva anticipada, puede describir qué tipo de tratamiento desea y cómo quiere que lo(a) cuiden, de modo que su familia y sus cuidadores conozcan sus deseos.

¿Tiene establecido un testamento vital o una directiva avanzada?

Si la respuesta es “No”, ¿le gustaría recibir más información sobre las directivas anticipadas?

Testamento vital Sí No

Directiva anticipada Sí No

Sí No

Salud Conductual

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés o gusto por realizar actividades?

- Nunca.
- Varios días.
- Más de la mitad de los días.
- Casi todos los días.

En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o desesperanzado(a)?

- Nunca.
- Varios días.
- Más de la mitad de los días.
- Casi todos los días.

Háganos saber sobre cualquier otra preocupación de salud que tenga.

Gracias por tomarse un momento para responder esta encuesta. Es posible que alguien se comunique con usted.

Si necesita más ayuda para controlar su salud, puede solicitar una reunión con el Equipo de Cuidados Interdisciplinarios (ICT). Un equipo de cuidados puede incluir doctores, farmacéuticos, proveedores de atención médica u otros expertos. Puede elegir quién puede unirse al equipo. El equipo puede reunirse para analizar sus inquietudes. La reunión puede realizarse de forma presencial o por teléfono. El equipo puede dar ideas para ayudarlo(a) a controlar su salud.

Si tiene alguna pregunta, llame a Molina Healthcare al (866) 472-4582, TTY: 711, disponible los 7 días a la semana, de 6:00 a.m. a 6:00 p.m., hora estándar del Pacífico.

Para preguntas relacionadas con la salud, llame a nuestra Línea de Consejos de Enfermería al (800) 357-0163, TTY: 711, disponible los 7 días de la semana, las 24 horas del día.

Puede solicitar este documento sin costo alguno en otros idiomas que no sean inglés o en otros formatos, tales como letra grande, sistema Braille o audio. Llame al (800) 665-3086, TTY: 711. La llamada es gratuita.

Molina Healthcare cumple con las leyes federales vigentes de derechos civiles y no discrimina por motivos de raza, origen étnico, nacionalidad de origen, religión, género, sexo, edad, discapacidad mental o física, estado de salud, recepción de atención médica, experiencia de reclamos, antecedentes médicos, información genética, evidencia de asegurabilidad ni ubicación geográfica.

ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (800) 665-3086 (TTY: 711).