



FORMULARIO DE EVALUACIÓN ANUAL DE SALUD DEL MIEMBRO DE METROPLUSHEALTH | CUÉNTENOS CÓMO ESTÁ.



CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004

Nombre y apellido: _____ Número de ID de miembro: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: ____pies ____ pulg. Peso: ____libras.

Idioma preferido: Inglés Español Chino Criollo Urdu Bengalí Otro: _____

Raza: Blanco / indio americano Nativo de Alaska Asiático Negro / afroamericano
 Nativo hawaiano / isleño del Pacífico Dos o más razas Otra: _____ Se rehúsa a contestar

Etnia: Hispano o latino No hispano o latino Se rehúsa a contestar

En general, diría que su salud es: Excelente Buena Aceptable Mala

¿Desea que le llamemos para que le ayudemos con cualquier problema de salud urgente? Sí No

¿Tiene un médico al que acude con regularidad? Sí No

En caso afirmativo, ¿su médico le ha recomendado que comience, aumente o mantenga cierto nivel de ejercicio o actividad física (por ejemplo, que comience a usar las escaleras, que aumente su caminata diaria de 10 a 20 minutos o que mantenga su programa actual de ejercicio)? Sí No

¿Padece alguna de las siguientes enfermedades? Diabetes Problemas cardíacos Presión arterial alta
 Cáncer Problemas respiratorios (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica)
 Problemas de memoria Problemas auditivos Problemas de la vista Problemas mentales / emocionales
 Incontinencia urinaria VIH Problemas con el consumo de drogas o alcohol
 Otros problemas médicos: _____

¿Cuántos medicamentos diferentes toma diariamente? Ninguno 1-3 4-7 8 o más

¿Necesita ayuda para realizar sus actividades diarias (tales como vestirse, bañarse, comer, sentarse / pararse de una silla)? Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito
 Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito

¿Necesita ayuda para realizar labores domésticas, tomar medicamentos, ir de compras, administrar su dinero, preparar las comidas o transportarse? Puedo hacer esto sin ayuda

Necesito ayuda y recibo la ayuda que necesito Necesito ayuda y no recibo la ayuda que necesito

En los últimos 6 meses, ¿alguna vez tuvo que quedarse sin atención médica porque no tenía cómo ir? Sí No

¿Se ha caído en los últimos 6 meses? Sí No

¿Alguien que forma parte de su vida le causa daño, lo amenaza, lo atemoriza o hace que no se sienta seguro? Sí No Prefiero no contestar

¿Utiliza alguno de los siguientes equipos?

Bastón Andador Silla de ruedas Cama hospitalaria Oxígeno

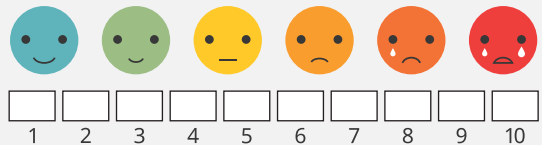
Almohadillas / calzoncillos protectores (pañales para adultos) Otro: _____

¿Tiene un dolor reiterado o constante?

Sí No Si contestó que sí, fecha de inicio: _____

Si contestó que sí, ¿dónde siente dolor? _____

Si contestó que sí, marque su nivel de dolor aquí:



¿Cuál es su situación de vivienda?

Tengo un lugar estable para vivir Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro

No tengo un lugar estable para vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, una estación de autobús o tren, un parque, otro lugar)

¿Le preocupa que el lugar en el que vive lo esté enfermado? (por ejemplo, moho, insectos, roedores, fugas de agua, falta de calefacción, otra causa) Sí No Otro: _____

¿Actualmente recibe asistencia pública? (estampillas de alimentos, comidas a domicilio, HEAP, EPIC, asistencia pública o en efectivo, etc.)? Sí No No sé

En el año pasado, ¿le preocupó quedarse sin comida antes de recibir dinero para comprar más?

Sí No Prefiero no contestar

En el año pasado, ¿la compañía de electricidad, gas, gasóleo o agua ha amenazado con cortar los servicios a su vivienda? Sí No No sé

¿Fuma cigarrillos, vapea (cigarrillos electrónicos), consume tabaco?

Actualmente Antes Nunca

¿Recibió la vacuna contra la influenza (vacuna antigripal) este año? Sí No No sé

Escriba sus medicamentos (si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Lista de medicamentos (continuación - si tiene más medicamentos, escríbalos en una hoja adicional):

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____

Nombre del medicamento: _____ Dosis: _____ Frecuencia: _____



¿Con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas en las últimas 2 semanas?

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

¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado en las últimas 2 semanas?

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

SÓLO MUJERES DE 50 AÑOS DE EDAD O MENOS: ¿Está embarazada? Sí No No sé

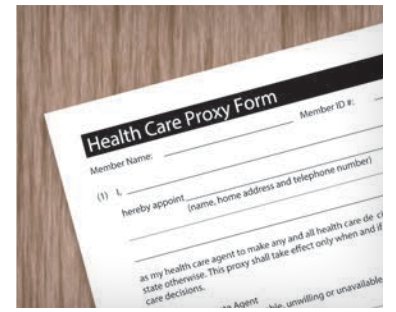
SOLO MUJERES ENTRE 50 Y 74 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó una mamografía (para descartar cáncer de mama) este año o el año pasado? Sí No No sé

SOLO PERSONAS ENTRE 50 Y 75 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó los siguientes exámenes para descartar cáncer de colon? Colonoscopia (en los últimos 10 años) Sigmoidoscopia (en los últimos 5 años)
 Examen para descartar sangre en las heces (en el último año)

¿Tiene alguna de las siguientes cosas?

- Directiva anticipada / Testamento vital (un documento que indica qué tratamiento médico desea si usted no puede expresarlo)
- Apoderado legal para decisiones médicas (una persona que puede tomar decisiones sobre su atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo)
- No, pero conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, y no conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, pero me interesa obtener más información: Sí* No

* Le enviaremos un formulario de directiva anticipada y apoderado legal para decisiones médicas.



CONTESTE EL FORMULARIO EN SU TOTALIDAD Y ENVÍELO POR CORREO A:

MetroPlus Health Plan • 50 Water Street, 7th Floor • New York, NY 10004