

Encuesta de Salud



MVP Health Care® quiere mantenerlo sano. La información que nos brinde en esta encuesta se utilizará solamente para evaluar la condición de su salud en general y para determinar si una de sus enfermeras o manejadores de caso pueda asistirle con sus necesidades de cuidado de salud. Si prefiere completar esta encuesta por teléfono, por favor llame al Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Sus respuestas serán confidenciales y no se usarán para determinar su elegibilidad para el seguro de salud.

Por favor complete la encuesta para cada miembro de su familia que haya sido inscrito(a) en el programa de Medicaid.

Sección 1: Información del Afiliado de MVP (por favor escriba)

Nombre del Afiliado		Número de ID del Afiliado
Fecha de Nacimiento	Número Telefónico en Casa	Número Telefónico Alternativo

Sección 2: Preguntas de Salud—estas preguntas corresponden a usted únicamente.

- ¿Cuál es el idioma principal en su casa? Inglés Español Otro: _____
Si el inglés no es su idioma principal ¿hay alguien que le pueda interpretar? Sí No
Si respondió **Sí**, ¿quién es esa persona? _____
- ¿Quién es su Proveedor de Cuidado Primario? _____
- ¿Se ha hecho un examen físico recientemente? Sí No
Si respondió **Sí**, cuéntenos de cualquier problema de salud que haya sido identificado y para el cual le podríamos ayudar.

- Si no se ha hecho un examen físico recientemente ¿necesita ayuda con alguno de los siguientes para hacer una cita?
 Transporte Un nuevo proveedor de cuidado de salud Otro: _____
- ¿Está tomando algún medicamento en este momento? Sí (listar abajo) No
Medicamentos Recetados por un Proveedor _____ Hierbas/Medicamentos Sin Receta _____

- ¿Está recibiendo alguno de los siguientes servicios a largo plazo?
 Cuidado domiciliario por una enfermera Cuidado personal CDPAS Enfermería privada
 Cuidado diario para adultos Cuidado diario para adultos con SIDA Otro: _____
- ¿Fuma? Sí No De responder **Sí**, ¿desea ayuda para dejar de fumar? Sí No
- ¿Tiene la hepatitis C? Sí No

9. Por favor marque cada condición médica o problema médico permanente para el cual está recibiendo tratamiento.

Si indicó algún problema, ¿ha recibido atención en la sala de emergencia o ha sido internado en el hospital dentro del último año por esta condición?

<input type="checkbox"/> Embarazo (embarazada ahora)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas cardíacos	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Hipertensión	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Emfisema o COPD	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Derrame cerebral o ataque isquémico transitorio (TIA)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Cáncer (indique la parte del cuerpo afectada)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas renales	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Depresión-tristeza, ansiedad o ataques de pánico que duran más de dos semanas	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas con drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de colesterol elevado	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Convulsiones	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Tuberculosis (TB)	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de la tiroides	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Enfermedad de la Sangre tal como la anemia de células falciformes	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> VIH/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas de la vista	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Problemas auditivos	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?
<input type="checkbox"/> Otro, por favor explique:	<input type="checkbox"/> Sí ¿Cuántas veces?

10. Por favor cuéntenos de cualquier otro problema o déjenos saber de alguna pregunta con la que necesite ayuda.

Si tiene alguna pregunta, por favor comuníquese con el Centro de Servicios a los Afiliados de MVP al **1-800-852-7826** (TTY: 1-800-662-1220). Gracias por tomarse un momento para completar esta Encuesta sobre su Salud. Esperamos poderle asistir a usted y a su familia con sus necesidades de cuidado de salud. Por favor devuelva su Encuesta de Salud completa a:
ATTN: MEDICAID DEPARTMENT, MVP HEALTH CARE, 625 STATE ST, SCHENECTADY NY 12305-2111.