

Formulario de Evaluación de la Salud

Sírvase contestar las siguientes preguntas para cada miembro de su hogar:



► **Debe llenar y enviar de regreso el formulario adjunto en el sobre provisto.**

Si necesita copias adicionales de este formulario, comuníquese con el departamento de Servicios para los Miembros llamando al **1-800-704-1484**.

Nombre de la persona que llena este formulario:	
¿Podemos tener su permiso para comunicarnos con usted si tenemos preguntas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Nombre del Miembro:	Número de ID del Miembro:
Número telefónico:	Idioma principal que habla:
1. ¿Tiene este miembro un médico de atención primaria (PCP)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a)	
Este miembro visitó a su PCP en los últimos 3 meses. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b)	
A este miembro se le hizo un examen físico de rutina en los 3 últimos meses. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c)	
¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un médico participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Tiene este miembro un dentista al que visita con regularidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No a)	
¿Ha hecho este miembro una visita de emergencia al dentista en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No b)	
¿Ha recibido este miembro un examen dental de rutina en los últimos 3 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No c)	
¿Le gustaría a este miembro que alguien se comunique con él/ella para identificar a un dentista participante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Usa este miembro equipo médico, como silla de ruedas u oxígeno, en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contesta Sí, ¿qué equipo?	
4. ¿Ha estado hospitalizado este miembro en el último año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Ha estado este miembro en la sala de emergencias 3 o más veces en los últimos 6 meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Para qué afecciones se ha tratado o recibe tratamiento actualmente este miembro?: <input type="checkbox"/> Abuso de alcohol <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental <input type="checkbox"/> Problemas con abuso de sustancias <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Otros problemas médicos	
7. ¿Está embarazada actualmente esta miembro? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si responde sí, conteste lo siguiente:	
a) ¿Cuál es el nombre del médico (obstetra) de este miembro?	
b) Fecha calculada para el parto:	
8. ¿Toma este miembro 4 o más medicamentos todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si responde sí, escriba los medicamentos:	

Se debe visitar a un médico para cuidado del embarazo dentro de los 14 días siguientes al inicio de su afiliación a Peach State Health Plan o de enterarse de que está embarazada después de su afiliación.

Si necesita copias adicionales de este formulario, visite nuestro sitio de internet en: pshp.com o comuníquese con el departamento de Servicios para los Afiliados al **1-800-704-1484**.