



AETNA BETTER HEALTH® OF LOUISIANA

Formulario de transición de atención

¡Bienvenido a Aetna Better Health of Louisiana! Es importante para nosotros asegurarnos de que su atención de salud continúe cuando pase a ser miembro de nuestro plan.

Le pedimos que complete este formulario para que podamos ayudarlo a continuar con la atención que ha estado recibiendo y a obtener la atención médica que necesita. Entréguelo en el sobre provisto. Si quiere hacer preguntas, o si prefiere responder el formulario por teléfono, llame gratis al **1-855-242-0802, TTY** (línea para personas con problemas de audición) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Nombre del miembro _____ N.º de ID del miembro _____

Su nombre (si usted no es el miembro): _____ Fecha de nacimiento del miembro: _____

Relación con el miembro _____ N.º de teléfono (____) _____

Dirección del miembro _____

Atención de salud actual

1. ¿Está viendo a algún médico ahora? Sí. No.

En caso afirmativo, escriba el nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

2. ¿Necesita un nuevo médico? Sí. No.

3. ¿Ha elegido un médico nuevo? Sí No No corresponde

En caso afirmativo, escriba el nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

4. ¿Ha programado una cita con su nuevo médico? Sí. No.

5. ¿A qué médicos consulta ahora?

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

Ve a este médico por _____

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

Ve a este médico por _____

6. ¿Está embarazada o ha tenido un bebé en los últimos 30 días? Sí. No.

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de parto? ¿Cuándo dio a luz? Fecha _____

¿Tiene o tuvo un médico para este embarazo? Sí No

Nombre del médico _____ N.º de teléfono (____) _____

7. ¿Actualmente recibe servicios de atención domiciliaria? Sí. No.

8. ¿Usa actualmente equipo médico duradero (como silla de ruedas, oxígeno o respirador)? Sí. No.

9. ¿Tiene programado recibir o recibe alguno de los siguientes?

Cirugía optativa

Terapias física, ocupacional o del habla (subraye cuáles)

Terapia de rehabilitación

Tratamiento contra el cáncer

- Tratamiento por abuso de sustancias Tratamiento del comportamiento
 Diálisis renal Otro _____

Medicamentos

1. ¿Toma medicamentos con receta actualmente? Sí. No.
2. ¿Cree que tendrá algún problema para abastecer alguna receta en los próximos 90 días? Sí. No.
3. ¿Cuál es su farmacia y sucursal preferidas? _____

Antecedentes médicos

1. ¿Le diagnosticaron alguna de las siguientes enfermedades o problemas de salud? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Hepatitis C |
| <input type="checkbox"/> Trastorno del comportamiento o de salud mental | <input type="checkbox"/> VIH/sida |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica | <input type="checkbox"/> Obesidad |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad de las arterias coronarias (enfermedad del corazón) | <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Diabetes (azúcar alta) | <input type="checkbox"/> Problemas de abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca | |
| <input type="checkbox"/> Cáncer Tipo _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos Tipo _____ | Fecha _____ |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

2. ¿Tiene problemas para obtener algún servicio de salud? Sí. No.
3. ¿Quiere que lo llamemos para hablar sobre sus inquietudes? Sí. No.
 En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor manera para ponernos en contacto con usted? _____
 En caso afirmativo, ¿qué día y a qué hora le conviene que lo llamemos? _____
4. ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Otro idioma _____
 ¿Tiene dificultad para comunicarse? (como problemas auditivos o del habla) _____

Complete este formulario y entréguelo en el sobre impreso que se le proporcionó o envíelo por correo a la siguiente dirección:

Aetna Better Health of Louisiana
2400 Veterans Memorial Blvd., Suite 200
Kenner, LA 70062

¿Tiene preguntas?

Llame gratis al **1-855-242-0802, TTY** (línea para personas con problemas de audición) **711**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana, o visite **www.aetnabetterhealth.com/louisiana**.