

Aetna Better Health[®] de Illinois

Evaluación de riesgos para la salud: Adulto



Tómese unos minutos para completar este formulario. Esto nos ayudará a identificar cualquier necesidad o servicio adicional que pueda requerir. Coloque este formulario lleno en el sobre con franqueo pagado suministrado y envíelo por correo. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ N.º de identificación de Medicaid: _____
 Dirección: _____
 Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
 N.º de teléfono: _____ N.º de celular: _____ Sin teléfono
 Correo electrónico: _____

| Pregunta N.º | Pregunta/Elecciones |
|-----------------|--|
| 1 | ¿Qué tan bien habla inglés? <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien |
| 2 | ¿Tiene un médico, médico de cabecera (primary care provider, PCP) o una clínica a la que va cuando está enfermo? <input type="checkbox"/> Sí, solo uno (indique el nombre en la sección de comentarios) <input type="checkbox"/> Más de uno (indique los nombres en la sección de comentarios) <input type="checkbox"/> No, no tengo Comentarios: <hr/> |
| 3 | ¿Su médico o clínica le da pastillas o medicamentos que debe tomar todos los días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 4 | ¿Ha dejado de tomar algunas pastillas o medicamentos y NO se lo ha dicho a su médico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 5 | ¿Tiene problemas con los dientes o las encías? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 6 | ¿Necesita ayuda para encontrar un dentista? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 7 | Diría que en general su salud es...: Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente |

Aetna Better Health® de Illinois

Evaluación de riesgos para la salud: Adulto



| Pregunta N.º | Pregunta/Elecciones |
|-----------------|--|
| 8 | En el último mes, ¿cuántos días se sintió tan mal que no pudo trabajar, cuidarse o divertirse? Número de días |
| 9 | En el último mes, ¿cuántos días estuvo triste, estresado, deprimido o tuvo problemas con sentimientos negativos? Número de días |
| 10 | ¿Ha ido a un médico o a una clínica por problemas de estrés o estado de ánimo o por problemas con las drogas o el alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 11 | ¿Cree que lo necesita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| 12 | ¿Cuántas veces en el último mes tomó más de 4-5 bebidas alcohólicas seguidas? Número de veces |

| Pregunta N.º | Pregunta/Elecciones |
|-----------------|---|
| 13 | <p>Un médico o en una clínica me dijeron que tengo lo siguiente: (marque todas las que apliquen a usted)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Actualmente embarazada <input type="checkbox"/> TDAH - Problemas de atención o de aprendizaje <input type="checkbox"/> Problemas respiratorios <input type="checkbox"/> Problemas de presión arterial <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones como artritis, amputación, dolor lumbar crónico, extremidades faltantes <input type="checkbox"/> Problemas intestinales o estomacales como úlceras, diarrea crónica, enfermedad de Crohn. <input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que van al corazón <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Problemas de audición como sordera, aparatos auditivos <input type="checkbox"/> Problemas cardíacos como dolor de pecho, ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca <input type="checkbox"/> Colesterol alto (hiperlipidemia) <input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta) <input type="checkbox"/> Problemas de infección como hepatitis, VIH/SIDA o tuberculosis <input type="checkbox"/> Problemas renales como diálisis <input type="checkbox"/> Problemas de salud mental como depresión <input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o cerebrales como: accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o cerebral <input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad <input type="checkbox"/> Problemas de visión como cataratas, ceguera <input type="checkbox"/> Trasplante (díganos qué tipo en la sección de comentarios) <input type="checkbox"/> Control de peso <input type="checkbox"/> Otro (indique en la sección de comentarios) <p>Comentarios:</p> |



| Pregunta N.º | Pregunta/Elecciones |
|--------------|---|
| 14 | <p>En una escala del 1 al 10 con 1 = Sin ningún control y 10 = GRAN cantidad de control, ¿siente que tiene control sobre sus problemas de salud o enfermedades?</p> <p>Encierre en un círculo cuánto control tiene: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> |
| 15 | <p>En los últimos 3 meses, me resulta más difícil moverme y desplazarme: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| 16 | <p>En los últimos 3 meses, me resulta más difícil hablar, pensar o recordar cosas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| 17 | <p>En los últimos 6 meses, ¿fue a la sala de emergencias o pasó la noche en el hospital más de dos veces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| 18 | <p>¿Cuántas direcciones diferentes ha tenido en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Solo 1 dirección en el último año <input type="checkbox"/> 2-3 direcciones</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 3 <input type="checkbox"/> Estoy sin hogar o duermo en un refugio en este momento</p> |
| 19 | <p>En los últimos 6 meses, ¿usted (o el afiliado) pasó la noche en el hospital por <u>algo que usted o su médico NO PLANIFICARON</u>? (porque su salud empeoró o sufrió una herida grave)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> |
| 20 | <p>¿Usa productos de tabaco (cigarrillos, tabaco sin humo como mascada o vaporizador)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, no quiero dejar de fumar o reducirlo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, quisiera dejar de fumar o reducirlo</p> <p><input type="checkbox"/> No</p> |