



Formulario de Transición de Atención

Complete este formulario y envíelo en el sobre que adjuntamos.

Nombre del miembro _____ N.º de identificación del miembro _____
Su nombre (si usted no es el miembro) _____ Fecha de nacimiento del miembro _____
Dirección _____ Número de teléfono (_____) _____

Atención Actual

1. ¿Ha elegido un médico nuevo? Sí No

En caso afirmativo, nombre del médico _____ Número de teléfono (_____) _____

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

3. ¿A qué otros médicos consulta?

Nombre del médico _____ Número de teléfono (_____) _____

Consulta a este médico por lo siguiente _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono (_____) _____

Consulta a este médico por lo siguiente _____

Nombre del médico _____ Número de teléfono (_____) _____

Consulta a este médico por lo siguiente _____

4. ¿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 _____

5. ¿Tiene un médico para este embarazo? Sí No

Nombre del médico _____ Número de teléfono (_____) _____

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

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

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

Cirugía electiva

Terapia física, ocupacional o del habla

Terapia de rehabilitación

Tratamiento de cáncer

Tratamiento por abuso de sustancias

Tratamiento de salud mental

Diálisis

Otro _____

Medicamentos

1. ¿Toma actualmente medicamentos o utiliza medicamentos inyectables, excepto insulina? Sí No

2. ¿Cree que tendrá algún problema para abastecer cualquier receta en los próximos 90 días? Sí No

Aviso de confidencialidad: Este documento contiene información confidencial que tiene como fin un propósito específico y está protegida por la ley.

CONTINÚA EN EL REVERSO

Información Sobre Antecedentes Médicos

1. Recibió tratamiento en una sala de emergencias en los últimos seis meses? ¿Cuántas veces? _____

2. ¿Estuvo en el hospital en los últimos seis meses? ¿Cuántas veces? _____

3. ¿Le diagnosticaron alguna de las siguientes condiciones? Por favor, marque todo lo que corresponda.

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD) | <input type="checkbox"/> Insuficiencia cardíaca congestiva (CHF) |
| <input type="checkbox"/> Coronary artery disease (CAD) | <input type="checkbox"/> Necesidades por abuso de sustancias |
| <input type="checkbox"/> VIH / sida | <input type="checkbox"/> Necesidades de salud mental |
| <input type="checkbox"/> Cáncer, tipo _____ | |
| <input type="checkbox"/> Trasplante de órganos Tipo _____ Fecha _____ | |
| <input type="checkbox"/> Otro _____ | |

4. ¿Usted o alguno de sus dependientes está inscrito en programas especiales? Marque todo lo que corresponda.

- Exención de servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS) para personas mayores
- Exención de HCBS para centros de vida asistida
- Exención de HCBS para personas con incapacidades
- Personas con VIH o sida
- Personas con lesiones cerebrales
- Exención de HCBS para niños médicamente frágiles y dependientes de la tecnología
- Servicios brindados a través de la exención de HCBS para jóvenes y niños con incapacidades de desarrollo
- Servicios residenciales brindados a través de la exención de HCBS para jóvenes y niños con incapacidades de desarrollo
- Servicios brindados a través de la exención de HCBS para adultos con incapacidades de desarrollo

5. ¿Tiene problemas para recibir atención con alguno de los servicios? Sí No

6. ¿Tiene inquietudes para las que podría necesitar ayuda de un administrador de casos o un consejero? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es la mejor manera para ponernos en contacto con usted? _____

7. ¿Qué idioma prefiere? Inglés Español Otro idioma _____

Otras necesidades de comunicación _____

¿Habla o entiende bien inglés? Sí No

Por favor, complete y remita este formulario en el sobre con dirección de envío a la siguiente dirección:

Aetna Better Health

One South Wacker Drive, 12th Floor, Mail Stop F646, Chicago, IL 60606

¿Tiene preguntas? Llame al número gratuito 1-866-212-2851 o visite www.aetnabetterhealth.com/illinois.

Aviso de confidencialidad: Este documento contiene información confidencial que tiene como fin un propósito específico y está protegida por la ley.