

Encuesta sobre las necesidades de salud



- Por favor, indique sus respuestas de esta manera, usando únicamente un bolígrafo AZUL O NEGRO.
- NO use TINTA VERDE.
- Por favor conteste a todas las preguntas que pueda.

Deje en blanco las preguntas que no pueda contestar o que decida no contestar.

Información demográfica

Nombre: _____

Dirección: _____

Fecha de nacimiento:

M M D D A A A A

¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino

Teléfono: _____

¿Por qué estamos haciendo esto?

Queremos proporcionarle atención médica de alta calidad que satisfaga sus necesidades. Para hacerlo, necesitamos que usted nos dé un poco de información.

La información que nos dé se mantendrá en calidad confidencial. La información puede ser divulgada a los miembros de su equipo de atención médica (proveedor de atención primaria, especialistas y administrador de casos, si es necesario).

Sus respuestas serán utilizadas para ayudarnos a proporcionarle la mejor información y servicio posibles. Por favor complete y devuelva esta encuesta.

Aviso: El acto de completar este formulario se considera como autorización para utilizar la información, según sea necesario, para coordinar mejor su atención médica.

Utilizamos la información sobre la raza, el idioma y el origen étnico para mejorar la calidad del tratamiento y la atención médica que usted necesita. También la utilizamos para elaborar programas específicos para usted.

1. ¿Cuál de estas opciones describe mejor su raza?

- Indio nativo estadounidense/nativo de Alaska Asiático Negro/afroamericano
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Blanco Prefirió no contestar

2. ¿Se considera hispano/latino?

- Sí No Prefirió no contestar Se desconoce

3. ¿Qué idioma habla? _____

Antecedentes médicos

4. En comparación con otras personas de su edad ¿cómo describiría su salud en general?

- Excelente
 Muy buena
 Buena
 Regular
 Mala

5. ¿Tiene usted alguna de las necesidades especiales o discapacidades que se indican a continuación?

- Discapacidad auditiva
 Sordera
 Discapacidad visual
 Ceguera
 Discapacidad de aprendizaje
 Ninguna

6. ¿Cuánto pesa en libras?

Libras		
	<input type="radio"/> 0	<input type="radio"/> 0
<input type="radio"/> 100	<input type="radio"/> 10	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 200	<input type="radio"/> 20	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 300	<input type="radio"/> 30	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 400	<input type="radio"/> 40	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 500	<input type="radio"/> 50	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 600	<input type="radio"/> 60	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 700	<input type="radio"/> 70	<input type="radio"/> 7
	<input type="radio"/> 80	<input type="radio"/> 8
	<input type="radio"/> 90	<input type="radio"/> 9

7. ¿Cuál es su estatura?

Pies	Pulgada
	<input type="radio"/> 0
	<input type="radio"/> 1
<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 2
<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 3
<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 4
<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 5
<input type="radio"/> 6	<input type="radio"/> 6
<input type="radio"/> 7	<input type="radio"/> 7
	<input type="radio"/> 8
	<input type="radio"/> 9
	<input type="radio"/> 10
	<input type="radio"/> 11

8. ¿Con qué frecuencia necesita que alguien le ayude a leer instrucciones, folletos u otros materiales escritos recibidos de su doctor o farmacia?

- Nunca
 Raramente
 A veces
 A menudo
 Siempre

Antecedentes médicos (cont.)

Por favor, díganos acerca de sus afecciones médicas

9. ¿Algún doctor u otro profesional de la salud alguna vez le ha dicho que tiene una de las siguientes afecciones? Marque todo lo que corresponda

Asma	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Trastorno bipolar o cambios de estado de ánimo	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Cáncer	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD) u otros problemas respiratorios	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Diabetes o azúcar en la sangre	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Enfermedad del corazón	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Hipertensión arterial	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Colesterol elevado	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
VIH o SIDA	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Depresión mayor o sentirse triste la mayor parte del tiempo	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Obesidad o sobrepeso	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Esquizofrenia	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Anemia drepanocítica	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No
Es posible que necesite un transplante	<input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No

10. ¿Cuántos medicamentos toma cada día? (incluya los medicamentos con receta y los de venta libre)

- Ninguno
 1 a 3
 4 a 7
 8 a 11
 11 o más

11. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tomado medicamentos de una manera diferente a las indicaciones?

- Diario
 Casi todos los días
 A veces
 Nunca

12. En los últimos tres meses, ¿con qué frecuencia ha tomado medicamentos que no le recetaron?

- Diario
 Casi todos los días
 A veces
 Nunca

13. ¿Su salud ha sido motivo de que falte a la escuela, al trabajo o a otras actividades en el último año?

- Sí
 No

Antecedentes médicos (cont.)

14. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces:

se le ha atendido en una sala de emergencias?

- Ninguna 1 a 2 3 a 5 6 o más

Stayed overnight in a hospital?

- Ninguna 1 a 2 3 a 5 6 o más

15. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha molestado por cualquiera de las siguientes cosas?

Sentirse triste, desganado, deprimido o sin esperanza

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Sentir poco o ningún placer en hacer las cosas

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

Sentirse nervioso, ansioso o tenso

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

No poder controlar la preocupación o dejar de preocuparse

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

16. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una colonoscopia?

- Nunca En los últimos 10 años Hace más de 10 años

Sólo para las mujeres. Si es hombre, pase a la pregunta 20.

17. ¿Está embarazada?

- Sí No

Si no, ¿está planeando quedar embarazada en los próximos 12 meses?

- Sí No

En caso afirmativo, ¿cuánto tiempo lleva embarazada?

- 1 a 3 meses 4 a 6 meses 7 a 9 meses

18. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una mamografía?

- Nunca En los últimos 2 años Hace más de 2 años Me hicieron una mastectomía

19. ¿Cuándo fue la última vez que le hicieron una prueba de Papanicolaou?

- Nunca En los últimos 3 años Hace más de 3 años Me hicieron una mastectomía

Antecedentes médicos (cont.)

Por favor, díganos sobre algunos de sus hábitos diarios

20. ¿Le han puesto la vacuna contra la gripe o la neumonía en el último año?

- Sí No

21. ¿Con qué frecuencia camina, corre o hace otro tipo de ejercicio durante 30 minutos al día que le hace respirar más rápido o causa que su corazón lata más rápido?

- Menos de 1 vez por semana
 1 a 2 veces por semana
 3 veces por semana
 4 veces por semana
 5 o más veces por semana

22. ¿Utiliza actualmente productos de tabaco (cigarrillos, tabaco de mascar, puros, pipas)?

- Sí, actualmente utilizo productos de tabaco

(Solamente para los usuarios de tabaco.) En el último año, ¿cuántas veces ha dejado de usar productos de tabaco por lo menos 24 horas?(Solamente para los usuarios de tabaco.) ¿Está pensando seriamente en dejar el uso del tabaco?

- Sí, en los próximos 30 días
 Sí, en los próximos 6 meses
 No, no estoy pensando en dejar de fumar
- No, lo dejé en los últimos 6 meses
 No, lo dejé hace más de 6 meses
 No, nunca he usado productos de tabaco

23. ¿Con qué frecuencia bebe alcohol, toma drogas o medicamentos que afectan su estado de ánimo o le ayudan a relajarse?

- Diario Casi todos los días A veces Rara vez o nunca

Si la respuesta es todos los días o casi todos los días:

¿Cree que debería reducir su consumo de alcohol o drogas?

- Sí No

¿Se ha molestado con alguien porque critica que bebe o usa drogas?

- Sí No

¿Se ha sentido mal o culpable por beber alcohol o usar drogas?

- Sí No

¿Alguna vez ha bebido alcohol o tomado drogas a primera hora de la mañana para calmarse los nervios o quitarse una cruda (vuelve a la vida)?

- Sí No

Antecedentes médicos (cont.)

**24. ¿Le interesa hacer cambios en alguna de las siguientes áreas?
Marque todas las respuestas que correspondan.**

Controlar su uso de alcohol o drogas

- Algo interesado Muy interesado

Comer saludable

- Algo interesado Muy interesado

Hacer ejercicio o hacer más actividad física

- Algo interesado Muy interesado

Controlar el estrés

- Algo interesado Muy interesado

Fumar o mascar tabaco

- Algo interesado Muy interesado

Lograr o mantener un peso saludable

- Algo interesado Muy interesado No estoy interesado en hacer ningún cambio en este momento.

Le agradecemos que nos haya permitido conocerle mejor.
Utilizaremos esta información para ayudarle a vivir más sanamente.

Spanish: Español ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-888-325-8386. (TTY: 1-866-591-2908).

Kurdish: ئاگاداری: ئەگەر بە زمانی کوردی قەسە دەکەیت، خزمەتگوزاریەکانی کوردی یارمەتی زمان، بەخۆرای، بۆتو بەردەستە. پەیوەندی بە 1-888-325-8386 تTY (1-866-591-2908) بکە.



¿Necesita ayuda con atención médica, para hablar con nosotros o para leer lo que le enviamos? Llámenos gratis al 1-888-325-8386. Lo podemos conectar con la ayuda o servicio gratuito que necesite. (Para TTY llame al: 1-866-591-2908).

Nosotros acatamos las leyes federales y estatales de derechos civiles. No tratamos a las personas de manera diferente debido a su raza, color de la piel, lugar de nacimiento, idioma, edad, discapacidad, religión o sexo. ¿Cree que no le ayudamos o que lo tratamos de manera diferente? Entonces, llame gratis a CoverKidsSM al 1-888-325-8386 *(TRS 711).



BlueCare Tennessee
1 Cameron Hill Circle, Suite 73 | Chattanooga, TN 37402

bluecare.bcbst.com

BlueCare Tennessee, un concesionario independiente de BlueCross BlueShield Association

CKIDS-130 (04/17)