

Formulario de información de salud

Formulario de información de salud

Para ayudar a asegurarse de que pueda obtener la atención que pueda necesitar, este Formulario de información de salud se incluye con sus materiales de bienvenida. La devolución de este formulario es voluntaria. No se le negará atención en base a sus respuestas confidenciales. Si tiene preguntas o para completar este formulario por teléfono, llame al **650-616-2133** (lunes a viernes de 8 a.m. a 6 p.m.). Usuarios de TTY: **1-800-855-3000**.

Información de miembro

Nombre del miembro: _____ Fecha de nacimiento: _____

Teléfono: _____ Nombre de la persona que contesta el formulario: _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Necesita consultar a un médico en los próximos 60 días? | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿Necesita ayuda para programar una cita? | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿Necesita ayuda para llegar a su cita? | Sí | No |
| 2. ¿Cuántos medicamentos recetados toma al día? | | |
| 3. ¿Ve usted a un médico regularmente por una condición de salud mental como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia? | Sí | No |
| 4. ¿Ha estado en la sala de emergencias dos o más veces en los últimos 12 meses? | Sí | No |
| 5. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos 12 meses? | Sí | No |
| 6. ¿Actualmente necesita ayuda con el cuidado personal, por ejemplo para bañarse, vestirse o cambiarse los vendajes? | Sí | No |
| 7. ¿Está usando equipo o suministros médicos como cama de hospital, silla de ruedas, andador, oxígeno o bolsas para ostomía? | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿necesita ayuda para obtener suministros adicionales? | Sí | No |
| 8. ¿Está embarazada? | Sí | No |
| En caso afirmativo, ¿está consultando a un médico para este embarazo? | Sí | No |
| 9. ¿Ve usted a un médico regularmente por una condición médica crónica? | Sí | No |
| En caso afirmativo, marque todo lo que corresponda: | | |

- | | | | | |
|-------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------|
| Asma | Diabetes | Presión arterial alta | Enfermedad renal | Anemia de células falciformes |
| Cáncer | Problemas del corazón | VIH o sida | Convulsiones | Tuberculosis |
| Fibrosis quística | Hepatitis | Otra: _____ | | |

- | | | |
|---|----|----|
| 10. ¿Alguna de estas condiciones limita sus actividades o lo que puede hacer? | Sí | No |
|---|----|----|

Entiendo que esta información será revelada a Health Plan of San Mateo. Si me cambio de plan de atención administrada de Medi-Cal, se podrá revelar este formulario a mi nuevo plan.

Firma: _____ Fecha de la firma: _____

Si la persona que firma no es el beneficiario, especifique la relación o parentesco:

Padre o madre del menor Tutor Otro: _____

Envíenos este formulario en el sobre prepagado adjunto a:

Health Plan of San Mateo
801 Gateway Blvd., Suite 100,
South San Francisco, CA 94080