

Su folleto del *Formulario de Información Médica*



Reciba Atención de Salud y Servicios Adicionales Cuando los Necesite

COMPLETE HOY EL FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

CalViva Health cuenta con programas y servicios especiales para afiliados a Medi-Cal como usted. Por eso diseñamos nuestro Formulario de Información Médica para poder comprender mejor sus necesidades de atención de salud.

El formulario le permite compartir su historial médico y también contarnos cómo se siente. Usamos esta información para poder brindarle **atención y servicios adicionales** cuando los necesite.

Para recibir los servicios y programas específicos que necesita, siga estos tres simples pasos:

1. Complete el formulario

Intente responder todas las preguntas. Si necesita ayuda para completar el formulario, comuníquese con Servicios al Afiliado, al número gratuito **1-888-893-1569 (TTY: 711)**, las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

2. Coloque el formulario en el sobre adjunto identificado como “Formulario de Información Médica”

(ver imagen a modo de ejemplo)

No se necesitan estampillas si utiliza este sobre. Envíe el formulario por correo a la siguiente dirección:

Medical Management Notifications

PO BOX 2010

Farmington MO 63640-9706

3. Envíe el formulario

Enviar el formulario es el primer paso para recibir la atención de salud adecuada para usted.

Su información médica es confidencial

Solo usaremos la información incluida en este formulario para ayudarle a obtener servicios de atención de salud. Puede encontrar más información sobre privacidad en la sección “Aviso de Prácticas de Privacidad” del *Manual del Afiliado*. O bien, puede llamar a Servicios al Afiliado.

(continúa)

¿Necesita ayuda?

Comuníquese con Servicios al Afiliado al número gratuito **1-888-893-1569 (TTY: 711)** las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

O visítenos en línea en www.calvivahealth.org.



Comuníquese con Servicios al Afiliado cuando necesite lo siguiente:

- Ayuda para completar el *Formulario de Información Médica*
- Servicios de salud mental
- Respuestas a sus preguntas sobre atención de salud

No sufra solo. Estamos para ayudarle.

CalViva Health también puede ayudarle si se siente estresado, ansioso o si necesita apoyo cuando:

- Tiene problemas en su casa, en el trabajo o con amigos o familiares.
- Se siente triste, enojado o preocupado.
- Tiene dificultades con el consumo de drogas o alcohol.

Si necesita ayuda, **contamos con especialistas con quienes puede hablar de inmediato**. Si quiere, pueden ayudarle a conseguir una cita **sin costo** con un terapeuta de nuestra red.

Además, coordinamos el transporte gratuito a la cita con su terapeuta.





FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este formulario es voluntario. No se le negará la atención en función de sus respuestas. Sus respuestas son confidenciales. **Este formulario nos ayudará a ponerle en contacto con los servicios y la asistencia adecuados.**

*Indica respuesta obligatoria

Nombre del afiliado a CalViva Health
(Apellido y nombre)

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

*Número de ident. de Medi-Cal:

Correo electrónico:

Nombre y pronombre que prefiere:

1. ¿Cómo calificaría su salud? ☐ Excelente ☐ Muy buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Mala

2. ¿Cuál es su altura (en pies/pulgadas)?

Pies 2 3 4 5 6 7 ☐ No sabe

Pulgadas 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 ☐ No sabe

3. ¿Cuál es su peso (en libras)?

4. ¿Tiene un médico o proveedor de atención de salud? ☐ Sí ☐ No

5. ¿Ha visitado a su médico o proveedor de atención de salud en los últimos 6 meses? ☐ Sí ☐ No

6. ¿Cuántas veces acudió al hospital en los últimos 6 meses?

☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Cuatro veces ☐ Cinco veces o más

7. ¿Cuántas veces acudió al departamento de emergencias en los últimos 6 meses?

☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Dos veces ☐ Tres veces ☐ Cuatro veces ☐ Cinco veces o más

8. ¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de atención de salud toma?

☐ 0 ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 7 ☐ 8 a 14 ☐ 15 o más

9. ¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No

10. ¿Acude al médico por alguna enfermedad crónica? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan: ☐ Asma/Problemas pulmonares ☐ Problemas cardíacos ☐ VIH o sida

☐ Diabetes ☐ Enfermedad renal ☐ Convulsiones ☐ Otro

11. ¿Necesita ver a un médico en los próximos 60 días? ☐ Sí ☐ No

12. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes? ☐ Sí ☐ No

13. ¿Ha tenido dolor dental en el último mes? ☐ Sí ☐ No

14. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó al dentista o una clínica dental por cualquier motivo?

☐ Menos de 12 meses ☐ Más de 12 meses

15. ¿Le gustaría trabajar con personal de enfermería, un trabajador social, o un trabajador comunitario de salud para planificar su atención de salud?

☐ Sí ☐ No

16. ¿Alguna vez ha tenido problemas para transportarse a sus citas médicas? ☐ Sí ☐ No
17. ¿Tiene problema para concertar citas con su médico? ☐ Sí ☐ No
18. ¿Tiene problemas para conseguir sus medicamentos recetados? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Utiliza equipos o suministros médicos, como camas de hospital, sillas de ruedas, andadores, oxígeno o bolsas de ostomía?
☐ Sí ☐ No
20. ¿Tienes alguna condición que limite sus actividades o lo que puede hacer? ☐ Sí ☐ No
21. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, vestirse o cambiarse vendajes en los últimos seis (6) meses?
☐ Sí ☐ No
22. ¿Está cursando un embarazo? ☐ Sí ☐ No
- 22a. Si lo está, ¿se atiende actualmente con un médico debido al embarazo? ☐ Sí ☐ No
- 22b. ¿Tiene previsto quedarse embarazada en los próximos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
23. ¿Acude regularmente al médico por un trastorno de salud mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia? ☐ Sí ☐ No
24. Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo/a? (Marque una opción)
- ☐ Nunca me siento solo/a ☐ Menos de 5 días ☐ Entre 5 y 15 días
☐ Más de la mitad de los días (más de 15 días) ☐ Casi todos los días; siempre me siento solo/a
25. ¿En dónde vive? (Marque todas las opciones que correspondan)
- ☐ Casa ☐ Complejo de apartamentos ☐ Centro de alojamiento y cuidados
☐ Centro de tratamiento residencial ☐ Centro de atención residencial ☐ Hogar de ancianos
☐ Vivienda con apoyo permanente ☐ Vivienda protegida ☐ Actualmente sin hogar ☐ Otro
26. ¿Le preocupa perder su vivienda? ☐ Sí ☐ No
27. ¿Con quién vive? ☐ Solo/a ☐ Con mi cónyuge o pareja ☐ Con un cuidador
☐ Con mis hijos, familiares o amigos ☐ Con otros residentes del centro o programa
28. En los últimos 3 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?
☐ Sí ☐ No
29. En los últimos 12 meses, ¿la compañía eléctrica, de gas o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?
☐ Sí ☐ No
30. CalViva Health ofrece beneficios para apoyar a las personas involucradas en procesos judiciales o que se reincorporan a la comunidad. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? ☐ Sí ☐ No
31. Responder a la siguiente pregunta nos ayudará a cuidar mejor de su salud y bienestar de una manera respetuosa. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? (marque una opción en cada renglón)
- A. ☐ Heterosexual ☐ Lesbiana ☐ Gay ☐ Bisexual ☐ Otro ☐ No sé/Lo estoy dudando
- B. ☐ Hombre ☐ Mujer ☐ Transgénero (masculino) ☐ Transgénero (femenino) ☐ No binario ☐ Otro

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado de CalViva Health al número gratuito 1-888-893-1569 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.

Comuníquese con nosotros para obtener más información:

CalViva Health

7625 N. Palm Ave

Suite #109

Fresno, CA 93711

Services al Afiliado

Número gratuito: 1-888-893-1569 (TTY: 711), las 24 horas por día,
los 7 días de la semana.

www.calvivahealth.org

