

Cuestionario sobre Necesidades de Atención Médica Administrada de MassHealth

NO DOBLAR.

Tómese unos minutos para completar este cuestionario. Esta evaluación sobre la salud le ayudará a Fallon Health a brindarle mejores servicios de atención médica y a coordinar la atención que usted recibe. Mantendremos la privacidad de la información que proporcione. Al entregar este formulario, nos da permiso para compartir su información con las personas involucradas en su atención. Sus respuestas NO afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

Responda todas las preguntas.
Envíenoslo por correo.
¡Obtenga una tarjeta de regalo por \$10!



Instrucciones de la encuesta:

1. Complete un formulario de evaluación por cada miembro nuevo.
2. Deberá tener cerca:
 - a. Su número de identificación de miembro de Fallon Health.
 - b. El nombre, número de teléfono y dirección de su médico o enfermero.
3. Responda cada una de las preguntas marcando la casilla que corresponda o completando en el espacio provisto.
4. En esta encuesta, a veces se le pide que saltee algunas preguntas. Cuando esto suceda, verá una nota que le indica qué pregunta debe responder a continuación.
5. Completar esta encuesta le llevará unos 10 minutos.
6. Si necesita ayuda o tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, llame al Servicio al Cliente de Fallon al 1-800-341-4848 (TRS 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.

Información del miembro

P1 Nombre del miembro (apellido, nombre e inicial del segundo nombre)

Apellido	<input type="text"/>
Nombre	<input type="text"/>
Inicial del segundo nombre	<input type="text"/>

P2 Número de identificación de miembro de Fallon MassHealth

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

P3 Fecha de nacimiento (por ejemplo, 02112014)

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

P4 Sexo

Masculino

Femenino.....

P5 Dirección (número y calle)

Número

Calle

P6 Ciudad/pueblo

P7 Estado

P8 Cód. postal

P9 Números de teléfono

Casa:

Celular:

Trabajo:

P10 Correo electrónico

P11 Relación (con el miembro) de la persona que completa el formulario:

Titular

Padre

Cónyuge/pareja.....

Familiar

Cuidador profesional.....

Representante autorizado.....

Información sobre usted

P12 ¿Hay otros números de teléfono para que Fallon se comunice con usted sobre sus necesidades médicas? Si responde "Sí", incluya primero el código de área.

Sí (responda a la derecha)

No.....

No estoy seguro/a.....

P13 Otros números

Casa:

Celular:

Trabajo:

P14 Mejor hora para llamar:

Por la mañana.....

Por la tarde.....

P15 Idioma de preferencia

- Inglés
- Español
- Otro

Si es otro, especifique cuál

P16 ¿Actualmente no tiene hogar o no tiene un alojamiento estable?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

P17 ¿Tiene problemas de audición?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

P18 ¿Tiene problemas de la vista?

- Sí
- No
- No estoy seguro/a

P19 ¿Actualmente recibe servicios de alguna de las agencias estatales mencionadas en la Pregunta 20?

- Sí (elija a continuación)
- No
- No estoy seguro/a

P20 Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda.

- Comisión de Massachusetts para Ciegos
- Comisión de Massachusetts para Sordos y Personas con Problemas Auditivos
- Comisión de Massachusetts para la Rehabilitación
- Departamento de Salud Mental
- Departamento de Servicios del Desarrollo ...
- División de Niños y Familias
- Educación Especial
- Programa de Intervención Temprana
- Otro

Información sobre su salud

P21 ¿Cómo describiría su salud actualmente?

- Excelente
- Buena
- Regular
- Mala

P21a ¿Cuál es su estatura (sin calzado)?

Ejemplo: 5 pies y 6 pulgadas = 5'6"

P21b ¿Cuál es su peso?

Ejemplo: Ingrese "150" para 150 lbs

P22 ¿Tiene dificultades para realizar alguna de las actividades mencionadas en la Pregunta 23 debido a su salud?

- Sí (seleccione en la página siguiente)
- No
- No estoy seguro/a

P23 Si responde "Sí", marque todo lo que corresponda.

- Caminar varias cuadras.....
- Preparar las comidas
- Comer.....
- Bañarse o ducharse
- Hacer tareas domésticas livianas.....
- Dormir
- Ir al trabajo o a la escuela
- Hacer actividad física o jugar

P24 ¿Toma actualmente algún medicamento recetado con regularidad?

- Sí.....
- No.....
- No estoy seguro/a.....

P25 Si responde "Sí", ¿cuántos medicamentos toma actualmente?

- 1-2
- 3-4
- Más de 4 medicamentos

Mencione los medicamentos que toma actualmente.

P26 ¿Actualmente está embarazada? (Si responde "No", pase a la pregunta 30).

- Sí.....
- No.....
- No estoy seguro/a.....

Si la respuesta es "Sí", ¿cuál es la fecha de parto? (Ejemplo: 02112014)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P27 Si está embarazada, ¿tiene un médico obstetra/ginecólogo, un enfermero o una enfermera partera que le brinda atención durante el embarazo?

- Sí (responda a continuación)
- No.....
- No estoy seguro/a.....

Si responde "Sí", apellido del profesional:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Primer nombre:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

N.º de calle:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nombre de la calle:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Ciudad/pueblo:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Teléfono:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

P28 Si está embarazada, ¿tiene inquietudes sobre su embarazo?

- Sí.....
- No.....
- No estoy seguro/a.....

P29 Si responde "Sí", ¿desearía hablar con un administrador de atención prenatal?

- Sí.....
- No.....

P30 En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias?

- Sí.....
- No.....
- No estoy seguro/a.....

P31 Si responde "Sí", ¿cuántas veces?

De 1 a 3 veces

De 4 a 6 veces

Más de 6 veces.....

P32 En los últimos 12 meses, ¿ha tenido que pasar la noche en un hospital?

Sí.....

No.....

No estoy seguro/a.....

P33 ¿Alguien de su familia (madre, padre, hermana, hermano, hijo/a) tiene uno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

- Asma.....
- Enfermedad renal.....
- Dolor crónico.....
- VIH/SIDA
- Obesidad/problemas de peso
- Diabetes
- Depresión
- Presión arterial alta.....
- Alcohol o abuso de sustancias
- Problemas cardíacos
- Colesterol elevado
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Otro

P34 ¿Se está tratando por alguno de los siguientes problemas de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

- Asma.....
- Enfermedad renal.....
- Dolor crónico.....
- VIH/SIDA
- Obesidad/problemas de peso
- Diabetes
- Depresión
- Presión arterial alta.....
- Alcohol o abuso de sustancias
- Problemas cardíacos
- Colesterol elevado
- Cáncer
- Accidente cerebrovascular
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Ataque cardíaco/baipás/colocación de estent
- Problemas pulmonares o EPOC.....
- Otro

P35 ¿Algún médico le ha indicado que tiene o tuvo alguna de las siguientes afecciones? Marque todas las opciones que correspondan.

- Accidente cerebrovascular
- Tumor en el cerebro o la columna vertebral.
- Trastorno genético
- Trastorno o lesión en la columna vertebral...
- Lesión cerebral o de la cabeza.....
- Trastorno nervioso o muscular

Información sobre sus necesidades de salud

P36 ¿Tiene un médico o un enfermero al que generalmente acude por sus necesidades de atención médica?

- Sí (responda a continuación)
 No.....
 No estoy seguro/a.....

Si responde "Sí",
 apellido del profesional:

Primer nombre:

N.º de calle:

Nombre de la calle:

Ciudad/pueblo:

Teléfono:

P37 ¿Ha consultado al médico en los últimos 12 meses?

- Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

P38 Si responde "Sí", ¿para qué fue la consulta?

- Consulta de rutina.....
 Enfermedad.....
 Lesión

P38a ¿En general recibe una vacuna antigripal todos los años?

- Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

P38b ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una colonoscopia?

- Dentro de los últimos 10 años.....
 Hace más de 10 años.....
 Nunca.....
 No estoy seguro/a.....

Las preguntas 38c y 38d son solo para mujeres.

P38c ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una mamografía?

- Dentro de los últimos 2 años.....
 Hace más de 2 años.....
 Nunca.....
 No estoy seguro/a.....

P38d ¿Cuándo fue la última vez que se realizó una prueba de Papanicolaou?

- Dentro de los últimos 2 años.....
 Hace más de 2 años.....
 Nunca.....
 No estoy seguro/a.....

P39 ¿Actualmente usa algún equipo médico?

- Sí
 No
 No estoy seguro/a.....

P40 Si responde "Sí", marque todos los equipos que utiliza.

- Silla de ruedas.....
 Bastón.....
 Andador.....
 Muletas.....
 Otro.....

P41 ¿Necesita ayuda para manejar su afección médica?

- Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

P42 Si responde "Sí", ¿desearía hablar con un administrador de la atención?
 Sí
 No.....

P43 ¿Le interesa hablar con un trabajador social sobre cómo manejar los problemas de salud mental o de consumo de alcohol/uso de sustancias?
 Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....
 Proporcione detalles relacionados con sus inquietudes.

P44 ¿Necesita ayuda para transportarse hacia el consultorio de su médico o la clínica?
(Si responde "Sí", algunos miembros pueden ser elegibles para la asistencia de transporte. Para obtener más información, llame al Servicio al Cliente de Fallon).
 Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

Información sobre bienestar y estilo de vida

P45 En el último mes, ¿se ha sentido triste o deprimido/a?
 Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

P45b Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?
 Todo el tiempo
 Con mucha frecuencia
 A veces
 Pocas veces

P45a ¿Cuán a menudo el estrés o la ira se convierten en un problema para lidiar, por ejemplo, con lo siguiente?:
 salud
 finanzas
 familia o relaciones sociales
 trabajo
 Nunca o excepcionalmente
 A veces.....
 A menudo
 Siempre

P46 En el último mes, ¿tuvo suficiente energía para hacer lo que debía en el trabajo, la escuela o el hogar?
 Sí
 No.....
 No estoy seguro/a.....

P47 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?
 Todo el tiempo
 Con mucha frecuencia
 A veces
 Pocas veces

P47a Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de frutas y vegetales pudo comer cada día?

Ninguna.....

De 1 a 3.....

Más de 3

P47b Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de alimentos con alto contenido de fibra o integrales pudo comer cada día?

Ninguna.....

De 1 a 3.....

Más de 3

P47c Durante los últimos siete días, ¿cuántas raciones de alimentos fritos o con alto contenido de grasa comió cada día?

Ninguna.....

De 1 a 3.....

Más de 3

P47d Durante los últimos siete días, ¿cuántas bebidas endulzadas con azúcar (no dietéticas) tomó cada día?

Ninguna.....

De 1 a 3.....

Más de 3

P48 ¿Hace ejercicio regularmente?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P49 Si responde "Sí", ¿cuántas veces a la semana hace ejercicio?

1 o 2 veces por semana.....

3 a 5 veces por semana.....

Más de 6 veces por semana.....

P50 ¿Usa productos derivados del tabaco?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P50a ¿Le interesaría dejar de usar tabaco dentro del próximo mes?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P51 Si responde "Sí", ¿desearía obtener información escrita sobre cómo dejar de fumar o dejar de usar productos derivados del tabaco?

Sí

No.....

P52 ¿Bebe alcohol?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P53 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia bebe alcohol?

1 o 2 veces por semana.....

3 a 5 veces por semana.....

P54 ¿Usa el cinturón de seguridad?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P55 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

Siempre

A veces

Nunca

P56 Si tiene niños menores de 8 años en su familia, ¿usa un asiento para niños cuando conduce?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

P57 Si responde "Sí", ¿con qué frecuencia?

Siempre

A veces

Nunca

P58 ¿Desearía obtener información sobre otros temas de la salud?

Sí

No.....

No estoy seguro/a.....

Si responde "Sí", mencione los temas de la salud que le interesan.

Información sobre su raza y origen étnico

P59 ¿Cómo describiría su raza? Marque todas las opciones que correspondan.

- Indio americano/nativo de Alaska.....
- Asiático.....
- Negro/afroamericano.....
- Hispano/latino/español.....
- Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico ..
- Blanco.....
- Otra raza.....
- Se desconoce/no se especifica.....

P60 ¿Cómo describiría su origen étnico? Puede elegir hasta dos opciones. Por ejemplo, "Estadounidense" o "Mexicano", o "Cubano y Puertorriqueño".

- Africano.....
- Afroamericano.....
- Estadounidense.....
- Asiático.....
- Indio asiático.....
- Brasileño.....
- Camboyano.....
- Caboverdiano.....
- De las islas del Caribe.....
- Centroamericano (no se especifica de otro modo).....

- Chicano.....
- Chino.....
- Colombiano.....
- Cubano.....
- Dominicano.....
- Europeo Oriental.....
- Europeo.....
- Filipino.....
- Guatemalteco.....
- Hondureño.....
- Japonés.....
- Coreano.....
- Laosiano.....
- Mexicano.....
- Mexicano estadounidense.....
- De Medio Oriente.....
- Portugués.....
- Puertorriqueño.....
- Ruso.....
- Salvadoreño.....
- Sudamericano (no se especifica de otro modo).....
- Vietnamita.....
- Otro origen étnico.....
- Se desconoce/no se especifica.....

¡Gracias!

Gracias por tomarse el tiempo de completar este formulario de evaluación. Fallon revisará sus respuestas para determinar si hay programas de administración de la atención, materiales educativos u otros recursos que le puedan ser útiles.

Si tiene alguna pregunta sobre esta evaluación de salud, llame al Servicio al Cliente de Fallon al 1-800-341-4848 (TRS 711), de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m.



Solamente para uso de la oficina

Fecha de devolución: _____

Fecha de revisión: _____