

Formulario de Información de Salud

Partnership usará este formulario para asegurarse de que usted reciba la atención médica que pueda necesitar.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese a Partnership al: **(800) 863-4155** de Lunes a Viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TDD deben marcar: (800) 735-2929.

Por favor circular cada respuesta que se aplica a usted. Complete un formulario para cada persona de su familia que haya sido recientemente asignada a Partnership.

Por favor envíe este formulario completo a:
Q&A Research Inc
#357, 22052 W 66th Street
Shawnee KAS 66226-9905

Llenar este formulario es voluntario. No se le negará la atención con base en sus respuestas confidenciales.

Nombre del miembro de Partnership: _____

Fecha de Nacimiento: _____ **Número de Identificación de Medi-Cal:** _____

- | | | |
|--|----|----|
| 1. ¿Necesita ver a un médico dentro de los próximos 60 días? | SÍ | NO |
| 2. ¿Toma 3 o más medicamentos con receta cada día? | SÍ | NO |
| 3. ¿Ve 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 (2) o más veces en los últimos doce (12) meses? | SÍ | NO |
| 5. ¿Ha sido hospitalizado en los últimos doce (12) meses? | SÍ | NO |
| 6. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal como para bañarse, vestirse, o cambiarse los vendajes en los últimos seis (6) meses? | SÍ | NO |
| 7. ¿Está usando equipo médico o suministros como una cama de hospital, silla de ruedas, andador, oxígeno o bolsas de ostomía? | SÍ | NO |
| 8. ¿Tiene usted una condición que limite sus actividades o lo que puede hacer? | SÍ | NO |
| 9. ¿Está embarazada? | SÍ | NO |
| 9a. <i>En caso afirmativo, ¿está actualmente viendo a un médico por este embarazo?</i> | SÍ | NO |
| 10. ¿Usted ve a un médico debido a una afección médica crónica? | SÍ | NO |
- Si la respuesta es afirmativa, encierre en un círculo todo lo que aplique:*
- | | | |
|------------------------------|--------------------------|-----------------|
| a. Asma/Problemas pulmonares | b. Problemas del corazón | c. Diabetes |
| d. VIH o SIDA | e. Insuficiencia renal | f. Convulsiones |
| g. Otro _____ | | |

Estas respuestas serán enviadas a PHC. Si cree que necesita ver a un médico antes de que PHC se ponga en contacto con usted, debería acudir al médico o a un hospital en ese momento.

Tenga en cuenta que, si se cambia a otro plan de salud y recibimos una solicitud, PHC compartirá este formulario de información de salud con su nuevo plan.

Firma de la persona

Completando el formulario: _____ Fecha de la firma: _____

Si no está firmado por el beneficiario, especifique la relación: Padre/Tutor Otro Representante

CONFIDENCIAL