

## Formulario Acerca de mí y de mi salud

Complete y devuelva este formulario en el sobre prepago que hemos incluido y ganará \$10\* como parte del programa Pasos a una vida saludable de SelectHealth.

### ¿Tiene preguntas?

Llame a Servicios para los miembros al 1-866-469-7774 (TTY: 711),  
de Lunes a Viernes, de 8:00 am a 6:00 pm

### Infórmenos sobre su salud.

1. ¿Cómo describiría su salud en general?

(Marque uno).  Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala

2. ¿Fuma?  Sí  No

3. ¿Tiene vivienda permanente o estable?  Sí  No

4. ¿Le preocupa su salud?  Sí  No

Si la respuesta es sí, llámenos al 1-866-469-7774 y solicite hablar con su Administrador de la atención.

### Para miembros con VIH

5. Si usted tiene VIH, ¿está tomando su medicación para el VIH?  Sí  No

6. ¿Cuál es el conteo más reciente de CD4?  ¿Carga viral?

(Número de células T en su sistema inmunitario)  (Cantidad de VIH en su sangre)

### Háganos saber cómo está controlando su salud.

7. ¿Qué tan seguro(a) está de poder controlar la mayoría de sus problemas de salud? (Marque uno).

Muy seguro(a)  Bastante seguro(a)  No muy seguro(a)  Necesito ayuda

8. Actualmente, ¿recibe alguno de los siguientes servicios? (Marque todos los que correspondan).

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Administración de los servicios para personas con VIH o SIDA(HASA)<br>(NYC – HRA Public Assistance Program) | <input type="checkbox"/> Atención en el hogar<br>(Servicios de asistente en el hogar o de enfermería) | <input type="checkbox"/> Servicios de salud del comportamiento |
| <input type="checkbox"/> Servicios de “Health Home” o de Coordinación  | <input type="checkbox"/> Programa de mantenimiento con metadona                                       | <input type="checkbox"/> Servicios de nutrición/de despensa    |
| <input type="checkbox"/> Otros servicios de administración de casos o de Trabajo social  | <input type="checkbox"/> Programa de cumplimiento con el tratamiento                                  | <input type="checkbox"/> Servicios legales                     |
|  | <input type="checkbox"/> Programa de reducción de daños   | <input type="checkbox"/> Transporte                            |
|  | <input type="checkbox"/> Servicios de atención médica para personas transgénero                       |  |
|  | <input type="checkbox"/> Programa de tratamiento de día para adultos                                  |  |

\*Al compartir esta información con nosotros, puede ganar hasta \$40 por año.

## Háganos saber cómo está controlando su salud. (continuación)

9. ¿Tiene problemas con alguno de los siguientes? (Marque una respuesta para cada uno).

- |  |                             |                             |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| Surtir recetas médicas                   | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Tomar los medicamentos diarios           | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Visitar a su médico de atención primaria | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Visitar a su especialista                | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Drogas o alcohol                         | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Obtener o preparar comida saludable      | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |

Ya casi termina. Escriba la información y firme a continuación. Luego, devuelva por correo el formulario en el sobre con franqueo prepago y ganará \$10 en recompensas de Pasos.

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted?

- Correo electrónico     Mensaje de texto     Teléfono

Apellido	Primer nombre	Inicial del segundo nombre	
N.º de identificación de cliente (CIN) de Medicaid	Identificación de miembro (N.º V)	N.º de código de área y teléfono	
Dirección	N.º de dpto.	N.º de código de área y celular	
Ciudad	País	Estado	Código postal
Correo electrónico			
Firma	Fecha		



¿No tiene su sobre? Devuelva por correo este formulario a:  
VNSNY CHOICE Health Plans – Attn: SH  
220 East 42nd Street, Floor 3  
New York, NY 10017

La información de este formulario será parte de su plan de atención médica de SelectHealth.