

## 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) (NYC – HRA Public Assistance Program) | <input type="checkbox"/> Atención en el hogar (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

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



¿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.*