

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?

(Número de células T en su sistema inmunitario)

¿Carga viral?

(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.

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.	Ciudad
Estado NY	Código postal	Correo electrónico	
Firma		Fecha	

¿Cuál es la mejor forma de comunicarnos con usted? Correo electrónico Mensaje de texto Teléfono

¿Cuál es el mejor momento para comunicarnos con usted? Mañana (9 am – 12 pm) Tarde (12 pm - 3 pm)
 Últimas horas de la tarde (4 pm - 6 pm)

¿Le interesaría asistir a una reunión de asesoramiento con miembros? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el mejor momento para que asista? Mañana (9 am – 12 pm) Tarde (12 pm - 3 pm)
 Últimas horas de la tarde (4 pm - 6 pm)



¿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.