

Bienvenido: Por favor, complete este formulario y devuélvalo en el sobre adjunto. La información es confidencial y el plan es el único que la utilizará, y se la compartirá con su PCP para conocer sus necesidades médicas y para enviarle materiales educativos sobre salud. Para poder comunicarnos con usted, por favor infórmenos si hay cambios en su dirección o número de teléfono. **Puede llamar a Servicios al Cliente llamando al 1-855-809-4073. Esperamos poder ayudarlo con su salud.**

FECHA EN QUE SE COMPLETÓ:

Nombre del miembro:	Número de teléfono y número alternativo:	<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Identificación del miembro:		
1. ¿Tiene usted un Proveedor de Atención Primaria (PCP)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
2. Si la respuesta es SÍ, nombre del PCP o lugar	NOMBRE:	
3. ¿Cuándo fue la última vez que visitó a su PCP?	FECHA:	
4. ¿Tiene problemas de audición?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
5. ¿Tiene pérdida de la visión/problemas oculares (glaucoma u otro)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
6. ¿Cuándo fue su última consulta dental?	FECHA:	
7. ¿Fue usted hospitalizado o visitó la ER en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
8. ¿Padece usted alguna de las siguientes condiciones o problemas?		
Asma o dificultades respiratorias	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Cáncer	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Enfermedad hepática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Hematomas / Hemorragias con facilidad (Anemia de célula falciforme)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Diabetes	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de colesterol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Sobrepeso	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
HIV/SIDA	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de corazón o presión arterial elevada	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Problemas de tiroides	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Convulsiones (ataques o convulsiones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Depresión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Fumar/Consumo de productos derivados del	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Consumo de drogas o alcohol	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Incapacidades:		
Incapacitado físicamente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Discapacidad en el desarrollo	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
9. Indique cualquier otro problema o condición no detallada:		
10. ¿Está usted embarazada o espera quedar embarazada en los próximos 3 meses? Fecha de parto:_____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
11. ¿Necesita o desearía obtener información acerca de inmunizaciones para adultos? (vacunas, inyecciones)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
12. ¿Qué medicamento(s) toma? si corresponde		
13. ¿Necesitará que le surtan o repongan una receta medica en los próximos 30 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
14. ¿En qué idioma desea recibir información? <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Chino <input type="checkbox"/> Ruso <input type="checkbox"/> Criollo	<input type="checkbox"/> Otro:	