

FORMULARIO DE LA EVALUACIÓN DE SALUD ANUAL PARA LOS MIEMBROS DE METROPLUS | CUÉNTENOS CÓMO ESTÁ.

Por favor, complete este formulario y envíelo por correo a:
MetroPlus Health Plan • 160 Water Street, 3rd Fl. • New York, NY 10038

Nombre, apellido: _____ Número de ID de miembro: _____

Dirección postal: _____

Teléfono: _____ Fecha de nacimiento: _____ Estatura: _____ pies _____ pul. Peso: _____ libras BMI: _____

Idioma preferido: Inglés Español Chino Criollo Urdú Bengalí Otro: _____

¿Desea que le llamemos para que le ayudemos con un problema de salud? Sí No

En general, diría que su salud es: Excelente Buena Aceptable Precaria

¿Tiene usted un médico al cual acude regularmente? Sí No

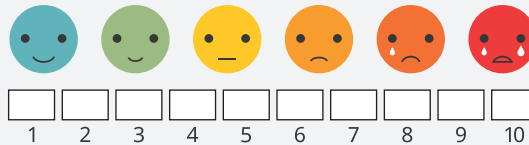
¿Posee algo de lo que se menciona a continuación? Diabetes Problemas cardíacos Presión arterial alta
 Cáncer Problemas respiratorios (asma o enfermedad pulmonar obstructiva crónica) Problemas de memoria
 Problemas auditivos Problemas de visión Problemas mentales
 Problemas con el consumo de drogas o alcohol Otros problemas médicos: _____

¿Cuántos medicamentos diferentes toma diariamente? Ninguno 1-3 4-7 8 o más

¿Tiene un dolor reiterado o constante?

Sí No Si la respuesta es SÍ, fecha de inicio: _____ Si la respuesta es SÍ, ¿dónde siente dolor? _____

Si la respuesta es SÍ,
marque su nivel de dolor aquí:



¿Necesita ayuda para realizar sus actividades diarias (tales como vestirse, bañarse, comer, sentarse / pararse de una silla)?

Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y obtengo la ayuda que necesito
 Necesito ayuda y no obtengo la ayuda que necesito

¿Necesita ayuda para realizar labores domésticas, tomar medicamentos, ir de compras, administrar su dinero o transportarse? Puedo hacer esto sin ayuda Necesito ayuda y obtengo la ayuda que necesito
 Necesito ayuda y no obtengo la ayuda que necesito

¿Se ha caído en los últimos 6 meses? Sí No

¿Utiliza alguno de los siguientes equipos? Bastón Andador Silla de ruedas Cama hospitalaria Oxígeno
 Otro _____

Vive en: Un hogar con familia / amigos
 Un hogar solo Un refugio No tengo hogar



ATENDIENDO A LOS NEOYORQUINOS DURANTE MÁS DE 30 AÑOS



¿Actualmente recibe asistencia pública (Food Stamps, Meals on Wheels, ADAP, EPIC, etc.)? Sí No No sé

¿Fuma cigarrillos o usa tabaco? Sí No

¿Recibió la vacuna contra la influenza (vacuna antigripal) este año? Sí No Soy alérgico No sé



¿Con qué frecuencia ha tenido poco interés o placer en hacer cosas en las últimas 2 semanas?

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

¿Con qué frecuencia se ha sentido decaído, deprimido o desesperanzado en las últimas 2 semanas?

Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días

SÓLO MUJERES DE 50 AÑOS DE EDAD O MENOS: ¿Está embarazada? Sí No No sé

SOLO MUJERES ENTRE 50 Y 74 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó una mamografía (para descartar cáncer de mama) este año o el año pasado? Sí No No sé

SOLO PERSONAS ENTRE 50 Y 75 AÑOS DE EDAD: ¿Se realizó los siguientes exámenes para descartar cáncer de colon?

- Colonoscopia (en los últimos 10 años) Sigmoidoscopia (en los últimos 5 años)
- Examen para descartar sangre en las heces (en el último año)

¿Posee algo de lo que se menciona a continuación?

- Directiva anticipada / Testamento vital (un documento que indica qué tratamiento médico desea si usted no puede hablar por sí mismo)
- Poder legal para decisiones de atención médica (una persona que puede tomar decisiones de atención médica en su nombre si usted no puede hacerlo)
- No, pero conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, y no conversaron conmigo acerca de la planificación anticipada de la atención médica
- No, pero me interesa obtener más información: Sí* No



* Le enviaremos un formulario para Instrucciones anticipadas y para el Poder legal para decisiones de atención médica.



ATENDIENDO A LOS NEYORQUINOS DURANTE MÁS DE 30 AÑOS