



Formulario de encuesta sobre necesidades de salud

¡Bienvenido al UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid! Su salud es importante para nosotros. Por esa razón, necesitamos un poco más de información para poder brindarles a usted y a su familia atención de calidad para satisfacer sus necesidades médicas. **Le pedimos que dedique unos minutos para llenar este formulario. Cada adulto de la casa tiene que llenar su propio formulario.** Sus respuestas son confidenciales y se utilizarán solamente para ayudarles a usted y a su familia con la atención médica. Si necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos al número gratuito **1-800-962-8074**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. Si tenemos alguna pregunta, nos comunicaremos con usted.

Su nombre: _____ Fecha de Nacimiento: _____

N.º de ID de Medicaid: _____ Proveedor de atención primaria: _____

Los miembros de la familia inscritos en Medicaid de Health Plan of Nevada o en el Programa Nevada Check Up son:

| Nombre de los hijos: | Fecha de nacimiento de los hijos: | N.º de ID de Medicaid: | Proveedor de atención primaria: | ¿Están al día todas las vacunas? |
|----------------------|-----------------------------------|------------------------|---------------------------------|--|
| 1. _____ | 1. _____ | 1. _____ | 1. _____ | 1. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| 2. _____ | 2. _____ | 2. _____ | 2. _____ | 2. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| 3. _____ | 3. _____ | 3. _____ | 3. _____ | 3. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| 4. _____ | 4. _____ | 4. _____ | 4. _____ | 4. <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No estoy seguro |

| | |
|------------|--|
| Dirección: | Números de Teléfono/Dirección de correo electrónico: Casa: _____ Trabajo: _____ Teléfono móvil: _____ Dirección de correo electrónico: _____ ¿Tenemos permiso para comunicarnos con usted por correo electrónico/mensaje de texto? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
|------------|--|

Idiomas que hablamos y en los que leemos habitualmente en casa: Inglés Español
 Otro (*escribalo aquí*): _____

Responda las siguientes preguntas para ayudarnos a cuidar mejor de usted y los miembros de su familia que están inscritos en Health Plan of Nevada: Sus respuestas son confidenciales de acuerdo con lo establecido por la Ley Federal y Estatal y se usarán solamente para ayudarle con su atención médica.

Si no hay niños en su hogar, continúe con la pregunta n.º 10.

1. ¿Su hijo necesita o usa más servicios de atención médica, de salud mental o educativos que los habituales para la mayoría de los niños de la misma edad? **No** **Sí:**

Nombre de los hijos: _____

2. ¿Su hijo toma o necesita actualmente un medicamento recetado por un médico (que no sean vitaminas)?

No **Sí:** Nombre de los hijos: _____

Si es así, ¿se debe a una condición médica, del comportamiento o de salud? _____

3. ¿Tiene su hijo/a alguna limitación o impedimento en su capacidad de hacer las cosas que pueden hacer la mayoría de los niños de su misma edad?

No **Sí:** Nombre de los hijos: _____

Si es así, ¿se debe a una condición médica, del comportamiento o de salud? _____

4. ¿Tiene su hijo alguna clase de problema emocional, del desarrollo o del comportamiento para el cual necesita o recibe tratamiento o terapia?

No **Sí:** Nombre de los hijos: _____

5. ¿Tiene su hijo alguno de los siguientes problemas de salud?

- | | | |
|---|---|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Trastorno de Déficit de Atención/Trastorno de Déficit de Atención con Hiperactividad | | |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad/Depresión | <input type="checkbox"/> Autismo | |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> VIH/SIDA |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Obesidad | <input type="checkbox"/> Trastorno emocional grave | |
| <input type="checkbox"/> Trastorno por consumo de sustancias | | |
| <input type="checkbox"/> Anemia drepanocítica | <input type="checkbox"/> Hemofilia | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Otra condición (escriba el problema específico): | |

Nombre de los hijos: _____

6. ¿Tiene su hijo alguna de las siguientes condiciones de salud?

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Pérdida de la visión | <input type="checkbox"/> Pérdida de la audición | <input type="checkbox"/> Discapacidad física |
| <input type="checkbox"/> Discapacidad mental | <input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje | |
| <input type="checkbox"/> Ninguna | <input type="checkbox"/> Otra condición (escriba el problema específico): | |

Nombre de los hijos: _____

7. ¿Ha recibido su hijo/a un control regular con su médico el año pasado? **No** **Sí**
8. ¿Ha visitado su hijo al dentista el año pasado? **No** **Sí**
9. ¿Su hijo se siente abrumado a menudo por el estrés y la ansiedad? **No** **Sí**
10. Durante el año pasado ¿usted o algún miembro de su familia tuvo una admisión por una noche en un hospital?

No **Sí:**

Nombre de las personas admitida:

¿Cuál fue el problema?

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

12. Durante el año pasado, ¿usted o algún miembro de su familia recibió atención médica en la sala de emergencias de un hospital?

No **Sí:**

Nombre de la(s) persona(s) admitida(s):

¿Cuál fue el problema?

1. _____

1. _____

2. _____

2. _____

13. ¿Alguna vez le dijeron que tiene una o más de las siguientes condiciones médicas?

Cáncer

Parálisis cerebral

Dolor crónico

Fibrosis quística

Obesidad

Trastorno por el uso de opioides

Problemas cardíacos

Presión arterial alta

Asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica u otro problema respiratorio

Problemas renales o se encuentra actualmente en diálisis

Anemia drepanocítica

VIH/SIDA

Hemofilia

Diabetes

Depresión o depresión grave

Trastorno alimentario

Pérdida significativa de la memoria o demencia

Trastorno bipolar

Esquizofrenia/enfermedad mental grave

Trastorno de ansiedad

Trastorno por consumo de sustancias

Discapacidad intelectual/del desarrollo

Ninguna

Otra condición (escriba el problema específico): _____

13. ¿Cuántos medicamentos diferentes recetados y de venta sin receta toma todos los días?

0-3

4-6

Más de 7

14. ¿Ha recibido alguno de los siguientes servicios durante el último año?

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Control anual | <input type="checkbox"/> Examen colorrectal |
| <input type="checkbox"/> Vacuna contra la COVID-19 | <input type="checkbox"/> Vacuna contra la gripe |
| <input type="checkbox"/> Examen de detección para la vista | <input type="checkbox"/> Mamografía |
| <input type="checkbox"/> Examen de detección del cáncer de cuello uterino/Papanicolaou | |
| <input type="checkbox"/> Ninguno | <input type="checkbox"/> Prefiero no responder |

15. ¿Está usted o alguien en su hogar embarazada en este momento? **No** **Sí**:

Si respondió "sí", proporcione la siguiente información. (Inclúyase a usted si corresponde):

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de parto: _____

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

Fecha de parto: _____

¿Ha visitado al médico alguna vez por este embarazo? **No** **Sí**

¿Le han dicho que es un embarazo de alto riesgo? **No** **Sí**

¿Está tomando medicamentos recetados para el dolor u otros narcóticos? **No** **Sí**

16. ¿Le cuesta concentrarse, recordar las cosas o tomar decisiones? **No** **Sí**

17. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado sentir poco interés o poco placer al hacer las cosas?

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
 Sin respuesta

18. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o sin esperanza?

- Para nada Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días
 Sin respuesta

19. En el último año, ¿no ha podido obtener alguno de los siguientes cuando realmente lo necesitaba?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Cuidado de niños | <input type="checkbox"/> Ropa |
| <input type="checkbox"/> Artículos para la casa | <input type="checkbox"/> Tarjetas de identificación |
| <input type="checkbox"/> Asistencia para la educación | <input type="checkbox"/> Empleo |
| <input type="checkbox"/> Alimentos | <input type="checkbox"/> Asistencia legal |
| <input type="checkbox"/> Ayuda para manejar el dinero | <input type="checkbox"/> Teléfono |
| <input type="checkbox"/> Transporte | <input type="checkbox"/> Servicios públicos |
| <input type="checkbox"/> Vivienda | <input type="checkbox"/> Ninguno |
| <input type="checkbox"/> Prefiero no responder | |



20. ¿El consumo de alcohol o drogas le ha causado dificultades para trabajar, mantener sus vínculos o alcanzar objetivos? **No** **Sí**
21. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy en día?
- Tengo vivienda Tengo vivienda y un programa de asistencia para la vivienda paga una parte de mi alquiler
- Tengo una vivienda temporal No tengo vivienda
22. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches en la cárcel o la prisión? **No** **Sí**
23. ¿Se siente seguro a nivel físico y emocional en el lugar en el que vive ahora? **No** **Sí**
24. ¿Usa productos con tabaco o vapea? **No** **Sí**
- Si es así, ¿tiene interés en dejar de hacerlo? **No** **Sí**

Llene este formulario y devuélvalo a UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid en el sobre con franqueo prepagado provisto.

O envíelo directamente por correo a: UnitedHealthcare Health Plan of Nevada Medicaid, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89195-8026.