



# Examen general de riesgos para la salud

Tómese unos minutos para completar este formulario. Esto nos ayudará a identificar cualquier otra necesidad que tenga o servicio adicional que requiera. Introduzca este formulario en el sobre con franqueo pagado que se proporciona y envíelo por correo. También puede completar este formulario en línea: [www.silversummithealthplan.com](http://www.silversummithealthplan.com).

Si tiene alguna pregunta, llame a SilverSummit Healthplan al 1-844-366-2880 (TDD/TTY: 1-844-804-6086).

## Un miembro por formulario

Nombre del miembro (apellido, nombre):

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

\* Identificación (ID) de Medicaid:

Nombre de la persona que responde las preguntas:

Relación con el miembro:

Padre/madre  Tutor  Cónyuge  Amigo  Abogado  Proveedor  Otro

Si tuviéramos que llamarle, ¿cuál es el mejor momento para comunicarnos con usted?

Por la mañana  Por la tarde  Por la noche

¿A qué número de teléfono prefiere que le llamemos?

Altura del miembro:

Pies  Pulgadas

Peso del miembro:

Libras

¿Sabe quién es su médico de atención primaria (PCP)?

Sí  No

¿Tiene una cita programada con su PCP?

Sí  No

¿Tiene algún problema que le impida tomar los medicamentos tal y como le indicó el médico?

Sí  No

¿Ha requerido admisión en un hospital en los últimos 12 meses?

Sí  No

¿Fue a la sala de emergencias (ER) más de una vez en los últimos seis meses?

Sí  No

¿Está embarazada?

Sí  No  No sabe  N/A

¿Padece actualmente alguna de las siguientes condiciones? (Marque todas las opciones que correspondan).

Abuso de alcohol o drogas

Asma

Cáncer

COPD

Depresión

Diabetes

Enfermedad cardíaca

Presión arterial alta

VIH/sida

Enfermedad renal

Condición de salud mental

Trasplante (en lista de espera o recibió trasplante en los últimos 12 meses)

Tabaquismo

Otras condiciones médicas

¿Tiene alguna necesidad especial (p. ej., por problemas de audición, visión o movilidad)?

Sí  No

Si la respuesta es "Sí", describa las necesidades especiales





# Apéndice de examen de riesgos para la salud

Nombre:

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):

\* Identificación (ID) de Medicaid:

\* ¿Es elegible para recibir servicios de salud indígena?  Sí  No

¿Es elegible para recibir servicios basados en la comunidad y el hogar o servicios de exención?  Sí  No

