

# Formulario de información sobre la salud

UN MIEMBRO POR FORMULARIO



Por favor tome un par de minutos para llenar este formulario. Esto nos ayudara a identificar necesidades o servicios adicionales que usted pueda necesitar. Por favor coloque este formulario en el sobre con franqueo ya pago y deposítelo en el correo. También puede llenar este formulario en línea en SilverSummitHealthPlan.com.

O puede entregarlo vía fax al 1-844-367-7014.

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

## Un miembro por formulario

Nombre del Miembro:

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):

\*Numero de Identificación de Medicaid:

Nombre de la persona respondiendo las preguntas:

Relación/parentesco con el miembro:

- Padre  Tutor Legal  Esposo(a)  Amigo  Abogado  Proveedor  Otro

Si necesitáramos devolverle una llamada, ¿cuándo es el mejor tiempo para contactarle?

- Mañana  Tarde  Noche

¿Cuál es el mejor número de teléfono para contactarle?

Altura del Miembro:  Pies  Pulgadas      Peso del Miembro:  Libras

¿Usted sabe quién es su doctor de cuidado principal?  Si  No

¿Tiene usted alguna cita pendiente con su doctor de cuidado principal?  Si  No

¿Está teniendo usted problemas con cualquiera de sus medicamentos que lo prevengan de usarlos en la forma en que el doctor lo ha ordenado?  Si  No

¿Ha sido usted admitido a un hospital en los últimos 12 meses?  Si  No

¿Ha estado usted en una sala de emergencias más de una vez en los últimos seis meses?  Si  No

¿Esta usted en embarazo?  Si  No  No Estoy Segura  N/A

¿Tiene usted algunas de la siguientes condiciones medicas? (Seleccione todas las que apliquen)

- Abuso de Alcohol o Drogas       Asma       Cáncer       Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC)  
 Depresión       Diabetes       Enfermedad Cardiovascular       Hipertensión  
 VIH/SIDA       Enfermedad del Riñón       Condición de Salud Mental  
 Trasplante (o en la lista de espera para recibir un trasplante en los últimos 12 meses)       Uso de Tabaco

Otras condiciones medicas:

¿Tiene usted alguna necesidad especial (Como problemas de la escucha, visión o movilidad)?  Si  No

Si su respuesta es sí, por favor especifique las necesidades especiales



# Formulario de información sobre la salud

UN MIEMBRO POR FORMULARIO



Apellido, Primer Nombre del Miembro:

Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año):

\*Numero de Identificación de Medicaid:

¿Eres elegible para recibir Servicios de Salud Indígenas/Tribales?

Sí

No

¿Eres elegible para Servicios Basados en el Hogar y la Comunidad para personas con Discapacidades Intelectuales y de Desarrollo (HCBS IDD Waiver Services)?

Sí

No

