

Evaluación de salud de Clover

Queremos ayudarlo a estar lo más saludable posible con un servicio de atención médica pensado para usted. Complete esta encuesta y envíela en el sobre adjunto con franqueo pagado. Si es un miembro nuevo y ya completó esta encuesta cuando se inscribió en Clover, no es necesario que la complete nuevamente. También puede completar esta encuesta por teléfono llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711) de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana*.

Nombre:	Apellido:										
N.º de ident. de miembro de Clover:	<table border="1"><tr><td>C</td><td>P</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>	C	P								
C	P										
Fecha de nacimiento: (mm/dd/aaaa)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Fecha de hoy: (mm/dd/aaaa)	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
1. Si necesitamos comunicarnos con usted con urgencia, ¿cuál es el mejor método para hacerlo? (seleccione todas las respuestas que correspondan)											
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto											
<input type="checkbox"/> Otro: _____											
2. ¿Cuál es el mejor horario del día para contactarlo? (elija una opción)											
<input type="checkbox"/> Por la mañana (de 8am a 12pm) <input type="checkbox"/> Por la tarde (de 12pm a 4pm)											
<input type="checkbox"/> Por la noche (de 4pm a 8pm)											
3. ¿Tiene un número de teléfono móvil? (complete a continuación si tiene)											
<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
Si tiene un teléfono móvil, Clover desearía enviarle mensajes de texto automatizados con recordatorios sobre su salud, como resurtido de medicamentos y próximas citas. Elegir o rechazar la recepción de estos mensajes no afectará sus beneficios del plan de salud y puede optar por dejar de recibirlos en cualquier momento. ¿Le gustaría recibir estos mensajes de Clover al número proporcionado?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá											

4. ¿Tiene un contacto de emergencia, alguien con quien deberíamos contactarnos si no podemos comunicarnos con usted?

Nombre _____

Número de teléfono: - -

¿Qué relación tiene con usted esta persona?

Familiar Amigo Otra: _____

No contactaremos a esta persona por temas relacionados con su salud, a menos que usted nos dé autorización para hacerlo. Si desea darnos una autorización permanente para hablar con esta persona, complete un Formulario de Autorización de Representante (incluido en su paquete de bienvenida).

5. ¿Qué lo motiva a estar saludable?

6. ¿Qué preocupaciones tiene respecto de mantenerse saludable ahora?

7. ¿Se compromete a mejorar su salud con la ayuda de Clover? (elija una opción)

Sí No Quizá

8. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor dónde vive? (elija una opción)

Vivienda privada Apartamento privado
 Residencia de vivienda asistida Sin hogar
 Hogar para personas mayores Otro: _____

9. ¿Con quién vive? (seleccione todas las respuestas que correspondan)

Solo Cónyuge o pareja Otro familiar
 Amigos Cuidador contratado

10. En general, diría que su salud es (elija una opción)

Excelente Muy buena Buena Regular Mala

11. ¿Fuma actualmente o fumó en el pasado? (elija una opción)
 Fumador actual Ex fumador Nunca fumó

12. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física? (elija una opción)
 Nunca Una vez por mes Una vez por semana
 Varias veces por semana

13. ¿Con qué frecuencia consume bebidas con alcohol? (elija una opción)
 Nunca Una vez por mes o menos De 2 a 4 veces por mes
 De 2 a 3 veces por semana 4 o más veces por semana

14. ¿Cómo calificaría su salud física AHORA en comparación con un año atrás? (elija una opción)
 Mucho mejor Un poco mejor Igual
 Un poco peor Mucho peor

15. ¿Lo limita su salud a realizar actividades moderadas, como mover una mesa, usar una aspiradora, jugar bolos o golf? Si lo limita, ¿en qué medida lo hace? (elija una opción)
 Sí, me limita mucho Sí, me limita un poco No, no me limita en absoluto

16. ¿Utiliza algunos de los siguientes elementos para caminar o moverse? (seleccione todas las respuestas que correspondan)
 Muletas Andador Bastón Silla de ruedas Escúter
 Otro: (describa) _____
 Ninguna de las anteriores

17. En el último año, ¿cuántas veces ha sufrido caídas? (complete con un dígito por casilla)

--	--

18. ¿Necesita ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades? (seleccione todas las respuestas que correspondan)
 Alimentarse Usar el baño
 Bañarse o ducharse Vestirse o desvestirse
 Levantarse de la cama y sentarse Caminar dentro de su casa
 Ninguna de las anteriores

19. ¿Cómo calificaría su salud emocional (sensación de ansiedad o depresión) ahora en comparación con un año atrás? (elija una opción)

- Mucho mejor Un poco mejor Igual
 Un poco peor Mucho peor

20. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor le impidió participar en actividades sociales? (elija una opción)

- Nunca Rara vez A veces Con frecuencia Siempre

21. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia tuvo dificultades para pensar o recordar? (elija una opción)

- Nunca Rara vez Con poca frecuencia A veces
 Con frecuencia Siempre

22. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia se sintió triste o deprimido? (elija una opción)

- Nunca Rara vez Con poca frecuencia A veces
 Con frecuencia Siempre

23. En las últimas 4 semanas, ¿había alguien disponible para ayudarlo si necesitaba o deseaba recibir ayuda? (elija una opción)

Por ejemplo, si se sentía nervioso, solo o triste; se enfermó y tuvo que permanecer en cama; necesitó a alguien con quien hablar; necesitó ayuda para los quehaceres diarios; o si necesitó ayuda para cuidarse a usted mismo.

- Sí, siempre que la necesité Sí, bastante Sí, un poco
 Sí, algo No, en absoluto

24. En el último año, ¿recibió tratamiento por alguna de las siguientes condiciones médicas? (seleccione todas las respuestas que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada (hipertensión) | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Artritis |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva [congestive heart failure, CHF], angina de pecho) | <input type="checkbox"/> Dolor crónico |
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular (fibrilación auricular) | <input type="checkbox"/> Cáncer |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [chronic obstructive pulmonary disease, COPD], enfisema pulmonar, asma) | <input type="checkbox"/> Demencia |
| | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad |

25. ¿Cuántos médicos diferentes visitó en el último año?

(complete con un dígito por casilla)

--	--

26. ¿Cuántas veces acudió a la sala de emergencias o al hospital en el último año? (complete con un dígito por casilla)

--	--

27. ¿Cuántos tipos de medicamentos diferentes toma actualmente a diario?
(complete con un dígito por casilla)

--	--

28. ¿Con qué frecuencia puede tomar sus medicamentos según lo indicado por su médico? (elija una opción)

- Siempre los tomo según lo indicado
- A veces los tomo según lo indicado
- Rara vez los tomo según lo indicado
- No tomo medicamentos.

29. ¿Qué nivel de confianza tiene en usted mismo para controlar y manejar sus problemas de salud? (elija una opción)

- Muy confiado
- Algo confiado
- No muy confiado
- No tengo ningún problema de salud

30. ¿Alguien lo ayudó a completar este formulario?

- No, lo completé solo
- Sí, me ayudó un amigo, familiar o cuidador

Gracias por responder la encuesta. Envíela lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-888-657-1207 (TTY 711)*.

*Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.