

Formulario de encuesta sobre necesidades de salud

¡Bienvenido a Health Plan of Nevada Medicaid! Tu salud es importante para nosotros. Por esa razón, necesitamos un poco más de información para poder brindarles a ti y a tu familia atención de calidad para satisfacer sus necesidades médicas. **Te pedimos que dediques unos minutos para llenar este formulario. Cada adulto de la casa mayor de 18 años tiene que llenar su propio formulario. Las respuestas son confidenciales y se utilizarán solamente para ayudarte a ti y a tu familia con la atención médica.** Si necesitas ayuda para llenar este formulario, llámanos al número gratuito **1-800-962-8074**, TTY **711**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m. Si tenemos alguna pregunta, nos comunicaremos contigo.

Tu nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____

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

Dirección:	Número(s) de Teléfono/Dirección de Correo Electrónico:
	Casa: Trabajo:
	Teléfono móvil:
	Dirección de correo electrónico:
	¿Tenemos permiso para comunicarnos contigo por correo electrónico/mensaje de texto? ☐ Sí ☐ No

Idioma(s) que hablamos habitualmente en casa: _____

Idioma(s) que leemos y escribimos habitualmente en casa: _____

¿Tienes alguna otra cobertura de seguro de salud? Si la respuesta es sí, indícala abajo: _____

1. ¿Cuál es tu situación de vivienda hoy en día?

- ☐ Tengo vivienda
☐ Tengo vivienda, y un programa de asistencia para la vivienda paga una parte de mi alquiler
☐ No tengo vivienda
☐ Tengo vivienda temporal

2. ¿Te sientes seguro a nivel físico y emocional en el lugar en el que vives ahora? ☐ No ☐ Sí

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

Nombre del/de los hijo(s):	Fecha de nacimiento del/de los hijo(s):	N.º de ID de Medicaid:	Proveedor de atención primaria:	¿Están al día todas las vacunas?
1. _____	1. _____	1. _____	1. _____	1. ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
2. _____	2. _____	2. _____	2. _____	2. ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
3. _____	3. _____	3. _____	3. _____	3. ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro
4. _____	4. _____	4. _____	4. _____	4. ☐ No ☐ Sí ☐ No estoy seguro

Responde las siguientes preguntas para ayudarnos a cuidar mejor de ti y los miembros de tu familia que están inscritos en Health Plan of Nevada Medicaid: Tus respuestas son confidenciales de acuerdo con lo establecido por la Ley Federal y Estatal y se usarán solamente para ayudarte con tu atención médica.

Si no hay niños en tu hogar, continúa con la pregunta n.º 8.

3. ¿Ha recibido tu hijo/a un control regular con su médico el año pasado? ☐ **No** ☐ **Sí**
4. ¿Ha visitado tu hijo/a al dentista el año pasado? ☐ **No** ☐ **Sí**
5. ¿Tu hijo/a tiene alguna condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares. ☐ **No** ☐ **Sí**
Nombre del/de los hijo(s): _____
6. ¿Tiene tu hijo/a alguna clase de condición emocional, del desarrollo o del comportamiento para la cual necesita o recibe tratamiento o terapia? ☐ **No** ☐ **Sí**
Nombre del/de los hijo(s): _____
7. Si respondiste afirmativamente a las preguntas anteriores, ¿te gustaría que uno de nuestros administradores de la atención médica se comunique contigo para informarte sobre nuestros programas y servicios? ☐ **No** ☐ **Sí**
8. ¿Te han dicho que tienes una condición médica? Esto es algo que podría requerir muchas visitas al médico y medicamentos regulares. ☐ **No** ☐ **Sí**
9. ¿Tienes algún tipo de condición emocional, del desarrollo o del comportamiento por la cual necesitas o recibes tratamiento o terapia? ☐ **No** ☐ **Sí**
10. Si respondiste afirmativamente a las preguntas anteriores, ¿te gustaría que uno de nuestros administradores de la atención médica se comunique contigo para informarte sobre nuestros programas y servicios? ☐ **No** ☐ **Sí**
11. Durante el año pasado, ¿tú o algún miembro de tu familia visitaron la sala de emergencias o pasaron una noche en el hospital?
☐ **No** ☐ **Sí**
Nombre de la(s) persona(s) admitida(s): _____ ¿Cuál fue el problema?
1. _____ 1. _____
2. _____ 2. _____
12. ¿Tú o alguna persona en tu hogar está embarazada y está cubierta por Medicaid de HPN?
☐ **No** ☐ **Sí**
Si respondiste "sí", proporciona la siguiente información. (Inclúyete a ti si corresponde):
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de parto: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha de parto: _____
¿Tú o tu familiar han visitado al médico alguna vez por este embarazo? ☐ **No** ☐ **Sí**
¿Te han dicho o le han dicho a esta persona que es un embarazo de alto riesgo? ☐ **No** ☐ **Sí**
¿Tú o esta persona están tomando medicamentos recetados para el dolor u otros narcóticos? ☐ **No** ☐ **Sí**
¿A ti o a esta persona les gustaría que uno de nuestros administradores de atención médica se comunique para informarles sobre nuestros programas y servicios? ☐ **No** ☐ **Sí**

13. ¿Has recibido alguno de los siguientes servicios durante el último año?

☐ Control anual

☐ Vacuna contra la COVID-19

☐ Examen de detección del cáncer de cuello uterino/Papanicolaou

☐ Ninguno

☐ Examen colorrectal

☐ Vacuna contra la gripe

☐ Mamografía

☐ Prefiero no responder

14. ¿Te cuesta concentrarte, recordar las cosas o tomar decisiones? ☐ **No** ☐ **Sí**

15. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te 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

16. Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia te has sentido deprimido, decaído o desesperanzado?

☐ Para nada

☐ Varios días

☐ Más de la mitad de los días

☐ Casi todos los días

☐ Sin respuesta

17. ¿El consumo de alcohol o drogas te ha causado dificultades para trabajar, mantener tus vínculos o alcanzar objetivos?

☐ **No** ☐ **Sí**

18. ¿No has podido satisfacer las necesidades diarias? Podrían ser cosas como el cuidado de niños, la comida, el transporte, la tarjeta de identificación, el teléfono celular, el alquiler o los servicios públicos. ☐ **No** ☐ **Sí**

¿Quieres ayuda para obtener estos recursos? ☐ **No** ☐ **Sí**

19. ¿Usas productos con tabaco o vapeas? ☐ **No** ☐ **Sí**

Si es así, ¿tienes interés en dejar de hacerlo? ☐ **No** ☐ **Sí**

20. Durante el último año, ¿has salido del sistema de acogida por tu edad? ☐ **No** ☐ **Sí**

21. En el último año, ¿has pasado más de dos noches en la cárcel o la prisión? ☐ **No** ☐ **Sí**

Llena este formulario y devuélvelo a Health Plan of Nevada Medicaid en el sobre con franqueo prepagado provisto.

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