



FIDELIS CARE®

# Evaluación de riesgo de salud

**Descargue, imprima y complete todas las secciones de este formulario.**

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre (apellido, nombre, inicial del segundo nombre): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de identificación (ID) de miembro: \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor de atención primaria (PCP): \_\_\_\_\_

1. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces fue al hospital? \_\_\_\_\_

2. En los últimos seis meses, ¿cuántas veces fue a la sala de emergencias? \_\_\_\_\_

3. ¿Tiene alguna visita o cirugía planeada?  Sí  No

Si la respuesta es "sí", ¿cuándo? \_\_\_\_\_

4. ¿Cómo calificaría su salud actual?  Excelente  Muy buena  Regular  Mala

## Ahora le haremos algunas preguntas sobre su salud.

5. ¿Tiene asma?  Sí  No

6. ¿Tiene COPD?  Sí  No

7. ¿Tiene diabetes?  Sí  No

8. ¿Tiene convulsiones?  Sí  No

(Continúa)

9. ¿Tiene algún problema de memoria?  Sí  No
10. ¿Tuvo un derrame cerebral?  Sí  No
11. ¿Tiene insuficiencia cardíaca (también conocida como “insuficiencia cardíaca congestiva” o “CHF”)?  Sí  No
12. ¿Actualmente está recibiendo tratamiento por algún tipo de cáncer?  Sí  No  
Si la respuesta es “sí”, ¿qué tipo? \_\_\_\_\_
13. ¿Está en la lista para trasplante de órganos?  Sí  No
14. ¿Tiene hepatitis?  Sí  No
15. ¿Tiene insuficiencia renal?  Sí  No
16. ¿Ha tenido sentimientos de depresión, tristeza o desesperanza durante dos semanas o más?  Sí  No
17. ¿Padece esquizofrenia?  Sí  No
18. ¿Tiene tuberculosis?  Sí  No
19. ¿Tiene algún tipo de parálisis?  Sí  No
20. ¿Tiene esclerosis múltiple?  Sí  No
21. ¿Tiene HIV o sida?  Sí  No
22. ¿Ha sufrido alguna vez de envenenamiento por plomo?  Sí  No
23. ¿Tiene enfermedad de células falciformes?  Sí  No
24. ¿Tiene hemofilia?  Sí  No
25. ¿Está embarazada?  Sí  No
26. ¿Toma cuatro o más medicamentos recetados?  Sí  No
27. ¿Tiene alguna enfermedad cardíaca (también conocida como “enfermedad de las arterias coronarias” o “CAD”)?  
 Sí  No
28. ¿Actualmente utiliza algún equipo médico? (No cuente bastones, andadores, muletas, nebulizadores o suministros para diabéticos):  Sí  No  
De ser así, indique qué equipo usa: \_\_\_\_\_
29. ¿Necesita ayuda con alguna actividad de la vida diaria, como bañarse, tomar medicamentos o alimentarse?  
 Sí  No



**Cuando esté completa, agregue el franqueo y envíe la encuesta por correo a la siguiente dirección**

**ATTN: Fidelis Care  
P.O. Box 31507  
Tampa, FL 33633-1205**

Fidelis Care complies with all applicable federal civil rights laws. We do not exclude or treat people in a different way based on race, color, national origin, age, disability or sex.

If English is not your first language, we can translate for you. We can also give you info in other formats. That includes Braille, audio and large print. Just give us a call toll-free. You can reach us at **1-888-453-2534**. For TTY, call **711**.

Si el español es su idioma materno, podemos traducir la información para usted. También podemos proporcionarle información en otros formatos, entre ellos, Braille, audio y letra grande. Solo llámenos, sin costo alguno. Puede comunicarse con nosotros llamando al **1-888-453-2534**. Para TTY, llame al **711**.

若您中文是您的第一語言，我們可以爲您翻譯。我們也提供其他格式的資訊，包括點字版、音訊和大字印刷。請致電免費專線 **1-888-453-2534**。TTY 請撥打 **711**。