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)

CAD_112942S_State Approved 12152022 7435501_NJ6CADFRMSPA_M_WBFM 092 22 51
©2023 Fidelis Care.

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 cumple con todas las leyes de derechos civiles federales aplicables. No excluimos ni tratamos a las personas de manera diferente por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

If English is not your first language, we can translate for you. Fidelis Care offers no cost language assistance, auxiliary aids and services, larger font materials, oral translation, and other alternative formats. For assistance call **1-888-453-2534** (TTY: **711**), Monday through Friday, from 8 a.m. to 6 p.m.

Si el español es su idioma principal, podemos traducir para usted. Fidelis Care ofrece asistencia lingüística gratuita, ayudas y servicios auxiliares, materiales con letra más grande, traducción oral y otros formatos alternativos. Para obtener ayuda, llame al **1-888-453-2534** (TTY: **711**) de lunes a viernes, de 8 a.m. a 6 p.m.

如果中文是您的母語，我們可以爲您翻譯。Fidelis Care 提供免費的語言協助、輔助工具和服務、大字體印刷資料、口譯和其他替代格式。如需協助，請致電 **1-888-453-2534** (TTY：**711**)，週一至週五上午 8 點至下午 6 點。

©2025 Fidelis Care.