



# Evaluación de Bienestar

Cuéntenos más sobre usted. Sus respuestas a las preguntas siguientes pueden ayudarnos a asegurar que obtenga la atención que se adapte mejor a sus necesidades. Todo lo que proporcione se mantendrá confidencial de acuerdo con la HIPAA y no cambiará la atención que recibe ahora. Si le gustaría contestar estas preguntas por teléfono, por favor llame al Ambetter from Wellcare of New Jersey at 1-844-606-1926 (TTY/TTD: 711). Por favor, tenga su tarjeta de seguro con usted, pues necesitaremos su número de identificación del afiliado que se encuentra en la parte del frente de la tarjeta.

\*Indica una pregunta obligatoria

## Información sobre el afiliado

\*Nombre del afiliado (apellido, primer nombre)

\*Identificación del afiliado

\*Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

\*Número telefónico de preferencia

(  )

-

\*Dirección de correo electrónico

\*En general, ¿cómo calificaría su salud?  Excelente  Muy buena  Buena  Regular  Mala  No estoy seguro(a)

¿Tiene un médico o proveedor de atención de la salud?  Sí  No  No estoy seguro(a)

¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los últimos 3 meses?

Ninguna  Una vez  Dos veces  Tres o más veces  No estoy seguro(a)

¿Cuántas veces ha estado en el Departamento de Emergencia en los últimos 3 meses?

Ninguna  Una vez  Dos veces  Tres o más veces  No estoy seguro(a)

\*¿Alguna vez le ha dicho un médico o proveedor de atención de la salud que tiene cualquiera de estos padecimientos?

Sí  No  No estoy seguro(a) (Si contesta sí, marque todo lo que corresponda)

Artritis  Asma  Cáncer  Enfermedad de riñón crónica  Enfermedad pulmonar obstructiva crónica/Enfisema  VIH

Diabetes tipo 1  Diabetes tipo 2  Pre-diabetes  Enfermedad cardíaca  Hepatitis  Presión sanguínea alta

Colesterol alto  Discapacidad del aprendizaje  Enfermedad de células falciformes (no el rasgo)  Derrame cerebral  Trasplante

¿Cuántos medicamentos toma actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención de la salud?

0  1-3  4-7  8 o más  No estoy seguro(a)

\* \*\*Durante los últimos dos meses, ¿ha residido en vivienda estable de su propiedad, que renta o en la que se queda como parte de un hogar?  Sí  No  No estoy seguro(a)

\* En el último mes, ¿a menudo ha sentido molestias por sentir tristeza, depresión o desesperanza?

Sí  No  No estoy seguro(a)

¿Está recibiendo tratamiento activamente para un padecimiento de salud mental?

Sí  No  No estoy seguro(a)

## Información general

\*Fecha en que se completó la evaluación (MMDDAAAA)

\*La evaluación fue completada por (Nombre)

\*\*Relación con el afiliado  Afiliado  Representante del afiliado con permiso  Padre/Madre/Tutor  Otro

\*\*Reimpreso con permiso del titular del copyright, American Public Health Association. Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kane V, Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Evaluación universal de la indigencia y el riesgo de la indigencia en la Administración de Salud de Veteranos). American Journal of Public Health. 2013; 103 (S2): S201–S211. Se obtuvo el permiso.