

Evaluación de las necesidades de salud

| | | | | | |
|--|--|--|---|---|---------------|
| Nombre del afiliado (primer nombre, segundo nombre, apellidos) | | Nombre de preferencia | Identificación de Medicaid del afiliado | Fecha de nacimiento | |
| | | | | | |
| Pronombres de preferencia | | | Fecha de cumplimentación del formulario | | |
| Él Ella Ellos Otro (describa) _____ Prefiero no responder | | | | | |
| ¿Alguien que no es el afiliado está completando esta evaluación? | | | Sí No | | |
| Nombre de la persona que completa/ayuda a completar esta evaluación y su relación con el afiliado | | | | | |
| | | | | | |
| Dirección del afiliado | | Calle | Ciudad | Estado | Código postal |
| | | | | | |
| Número de teléfono 1 | | Número de teléfono 2 | | Dirección de correo electrónico | |
| | | | | | |
| Nombre de la persona de contacto de emergencia | | Teléfono de la persona de contacto de emergencia | | Relación con la persona de contacto de emergencia | |
| | | | | | |
| Para los menores de 21 años, ¿está en un programa de cuidado de acogida? | | | Sí No | | |
| ¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las opciones que correspondan. | | | | Origen étnico | |
| Asiático Nativo de Hawái o de las islas del Pacífico Negro o afroamericano Blanco Indio americano o nativo de Alaska Otro (describa) _____ Prefiero no responder | | | | Hispano No hispano Prefiero no responder | |
| Género | | | ¿Datos demográficos verificados? | | |
| Hombre Mujer Hombre transgénero Mujer transgénero Otro (describa) _____ Prefiero no responder | | | Sí No | | |
| Método de evaluación | | Tipo de evaluación | | | |
| Por teléfono En persona Otro | | Evaluación inicial Reevaluación Cambio en el estado de salud | | | |

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|---|---|
| 1. | ¿Habla un idioma que no sea el inglés en casa? | Sí (describa) _____ No Prefiero no responder |
| 2. | ¿Usted o su cuidador necesitan servicios de traducción? | Sí (describa) _____ No |
| 3. | ¿Usted o su cuidador alguna vez necesitan ayuda para leer materiales del hospital o la clínica? | Sí (describa) _____ No |
| 4. | ¿Usted o su cuidador presentan alguna de las siguientes barreras para la comunicación? | Trastorno auditivo Trastorno visual Retrasos en el desarrollo No verbal Ninguna Prefiero no responder Otra (describa) _____ |

Evaluación de las necesidades de salud

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|--|---|
| 5. | ¿Tiene alguna preferencia cultural o religiosa en relación con su salud? | Preferencias culturales Preferencias religiosas/espirituales Otra (describa) _____ Ninguna Prefiero no responder |
| 6. | ¿Cómo describe su salud? | Excelente Muy buena Buena Regular Mala |
| 7. | ¿Qué afecciones de salud tiene actualmente? | Enfermedad del corazón o insuficiencia cardíaca Enfisema o EPOC Asma Diabetes Colesterol alto Infecciones del tracto urinario (ITU) crónicas Presión arterial alta o hipertensión Convulsiones Cáncer (describa) _____ Dolor crónico (describa) _____ Hepatitis o enfermedad hepática VIH Dependencia de traqueotomía o sonda de gastrostomía Trastorno de abuso de sustancias Depresión Problemas dentales Otros diagnósticos de salud mental (describa) _____ Discapacidad (describa) _____ Cursando un embarazo actualmente Retraso en el desarrollo Autismo Ninguna Enfermedad pulmonar crónica del prematuro Otra (describa) _____ |
| 8. | ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses tomó cinco o más bebidas alcohólicas en un día (hombres) o cuatro o más bebidas alcohólicas en un día (mujeres)? (Una bebida alcohólica equivale a 12 onzas de cerveza, 5 onzas de vino o 1.5 onzas de licores de 80 grados proof). | Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario |
| 9. | ¿Cuántas veces en los últimos 12 meses usó productos de tabaco (como cigarrillos, puros, rapé, tabaco para mascar, cigarrillos electrónicos o vapeadores)? | Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario |
| 10. | ¿Cuántas veces en el último año usó medicamentos recetados por razones no médicas? | Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario |
| 11. | ¿Cuántas veces en el último año consumió drogas ilegales? | Nunca Una o dos veces Una vez al mes Una vez a la semana A diario o casi a diario |
| 12. | En los últimos 12 meses, ¿el hecho de hacer apuestas ha sido algo que intentó ocultar o que le causó problemas financieros, o ha tenido dificultades para reducir las apuestas? | Sí No No aplica |
| 13 | ¿Cuándo tuvieron lugar sus citas o procedimientos de atención médica, dental y de la salud mental o conductual más recientes? | Atención médica (describa) _____ Atención de la salud mental/conductual (describa) _____ Atención dental (describa) _____ |

Evaluación de las necesidades de salud

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|---|--|
| 14. | ¿Tiene alguna cita o procedimiento pendiente de atención dental, de la salud física o de la salud mental? | Sí (describa) _____ No _____ |
| 15. | ¿Ha visitado la sala de emergencias en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué? | Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____ |
| 16. | ¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos seis meses? En caso afirmativo, ¿cuántas veces? | Sí, una vez (describa) _____ Sí, dos veces (describa) _____ Sí, tres veces (describa) _____ Sí, cuatro veces (describa) _____ Sí, cinco veces (describa) _____ Sí, más de cinco veces (describa) _____ No _____ |
| 17. | Si pasó la noche en el hospital alguna vez en los últimos seis meses, ¿alguna vez pasó la noche en el hospital menos de 30 días después de haber sido dado de alta de una estadía anterior? | Sí _____ No _____ |
| 18. | ¿Necesita ayuda con alguna de las siguientes actividades? | Vestirse Bañarse/asearse Comer Movilidad Cocinar/preparar comidas Trasladarse Tomar sus medicamentos diarios Usar el baño Ninguna Otra: _____ |
| 19. | ¿Usted o su cuidador necesitan ayuda para organizar sus servicios de atención de la salud? | Sí (describa) _____ No _____ |
| 20. | ¿Cuál es su situación de vivienda hoy? | Tengo un lugar estable en el que vivir. Tengo un lugar en el que vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro. No tengo un lugar estable en el que vivir (me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o en un refugio; estoy viviendo en la calle, en una playa, en un automóvil, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque) (describa). _____ |
| 21. | Piense en el lugar donde vive. ¿Tiene problemas con algo de lo siguiente? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN | Plagas, como insectos, hormigas o ratones Moho Pintura o tuberías con plomo Falta de calefacción Falta de aire acondicionado Horno o estufa que no funcionan Fugas de agua Detectores de humo que faltan o no funcionan Ninguno |
| 22. | En los últimos 12 meses, ¿alguna vez comió menos de lo que sentía que debía porque no contaba con suficiente dinero para comer? | Sí _____ No _____ |

Evaluación de las necesidades de salud

| N.º | Pregunta | Respuesta |
|-----|---|--|
| 23. | En los últimos 12 meses, ¿la falta de un transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, a reuniones o al trabajo u obtener cosas necesarias para la vida diaria? ELIJA TODAS LAS OPCIONES QUE CORRESPONDAN | Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos. Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, a citas o al trabajo, o conseguir cosas que necesito. No |
| 24. | ¿En los últimos 12 meses, las compañías de electricidad, gas, combustible o agua han amenazado con cortar los servicios en su hogar? | Sí No Ya fueron cortados |
| 25. | ¿Alguna vez usted o su cuidador han sido golpeados, pateados o lastimados de alguna otra forma por alguien en el último año? En caso afirmativo, ¿por quién? | Sí (describa) _____ No |
| 26. | ¿Usted o su cuidador sienten seguridad en su(s) relación(es) actual(es)? | Sí No |
| 27. | ¿Hay alguien de una relación anterior que esté haciendo que sienta inseguridad ahora? | Sí No |
| 28. | Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda para encontrar o mantener un trabajo? | Sí, ayuda para encontrar trabajo Sí, ayuda para mantener el trabajo No necesito ni quiero recibir ayuda |
| 29. | Si tiene más de 16 años, ¿le gustaría recibir ayuda con la escuela o sus esfuerzos de formación? Por ejemplo, comenzar o completar una capacitación laboral u obtener un diploma de escuela secundaria, GED o equivalente. | Sí No |
| 30. | En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil? | Sí No Prefiero no responder |
| 31. | ¿A qué organización o agencia comunitaria, relacionada o no relacionada con la salud, acceden usted o su cuidador a menudo dentro de su comunidad? | Salud _____ Educativa _____ Salud conductual/mental _____ Relacionada con el trabajo _____ Vivienda _____ Otra: _____ |
| 32. | Para los menores de 21 años, ¿exhibe un comportamiento preocupante o el maestro ha informado que presenta un comportamiento preocupante en la escuela? | Sí (describa) _____ No |

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.
1-800-448-3810 (TTY: 711), de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 7:00 p.m.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares sean necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades de participación. Los servicios incluyen intérpretes acreditados de lenguaje de señas, interpretación remota por video e información escrita en otros formatos.

English: Call the number above to receive free language assistance services.

Español (Spanish): Llame al número que se indica arriba para recibir servicios gratuitos de asistencia lingüística.

Français (French): Appelez le numéro ci-dessus pour recevoir des services gratuits d'assistance linguistique.

Tiếng Việt (Vietnamese): Gọi số điện thoại ở trên để nhận các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí.

繁體中文 (Chinese): 您可以撥打上面的電話號碼以獲得免費的語言協助服務。

العربية (Arabic): اتصل برقم الهاتف أعلاه للحصول على خدمات المساعدة اللغوية المجانية.

Tagalog (Tagalog – Filipino): Tawagan ang numero sa itaas para makatanggap ng mga libreng serbisyo sa tulong sa wika.

한국어 (Korean): 무료 언어 지원 서비스를 받으려면 위 번호로 전화하십시오.

Português (Portuguese): Ligue para o número acima para receber serviços gratuitos de assistência no idioma.

ພາສາລາວ (Lao): ໂທຫາເບີໂທລະສັບຂ້າງເທິງ ເພື່ອຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຝຣັ່ງ.

日本語 (Japanese): 無料の言語支援サービスを受けるには、上記の番号までお電話ください。

اُردُو (Urdu): مفت لسانی اعانت کی خدمات موصول کرنے کے لیے درج بالا نمبر پر کال کریں۔

Deutsch (German): Wählen Sie die oben angegebene Nummer, um kostenlose sprachliche Hilfsdienstleistungen zu erhalten.

فارسی (Farsi): برای دریافت تسهیلات زبانی بصورت رایگان با شماره فوق تماس بگیرید.

Русский (Russian): Позвоните по вышеуказанному номеру, чтобы получить бесплатную языковую поддержку.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี

Este aviso está disponible en [es-www.humana.com/medicaid/louisiana/support/documents-forms](https://www.humana.com/medicaid/louisiana/support/documents-forms).

Humana Healthy Horizons in Louisiana es un producto de Medicaid de Humana Health Benefit Plan of Louisiana, Inc.