LOUISIANA DEPARTMENT OF HEALTH

Evaluación de Necesidades de Salud para Adultos

Nombre del Afiliado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Nombre de Preferencia	Identificación de Medicaid del Afiliado	Fecha de Nacimiento

Pronombres de Preferencia	Fecha de Cumplimentación del Formulario
☐ Él ☐ Ella ☐ Elle ☐ Otro (describa) _____ ☐ Prefiero no responder	

¿Una persona diferente del afiliado completará esta evaluación?	☐ Sí ☐ No	¿Cuál es su relación con el afiliado?	
Nombre de la persona que completa/ayuda con esta evaluación:			

Dirección del Afiliado Calle	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de Teléfono 1	Número de Teléfono 2	Dirección de correo electrónico:

¿De qué raza(s) es usted? Marque todas las 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	☐ Masculino ☐ Femenino ☐ Transgénero Masculino ☐ Transgénero Femenino ☐ Prefiero no responder ☐ Otro (describa): _____

Método de Evaluación	Tipo de Evaluación
☐ Telefónica ☐ Presencial ☐ Virtual ☐ Basada en la web ☐ Impresa/En papel	☐ Evaluación inicial ☐ Reevaluación ☐ Cambio en el estado de salud

N.º	Pregunta	Respuesta
1.	¿Cuál es su idioma preferido para comunicarse?	Idioma de Preferencia: _____
2.	¿Usted o su cuidador necesitan servicios de traducción, incluidos, entre otros, el Lenguaje de Señas Americano o braille?	☐ Sí (describa): _____ ☐ No
3.	¿Alguna vez usted o su cuidador necesitan ayuda para leer la información de salud que les proporciona el hospital, su médico o su farmacéutico?	☐ Sí (describa): _____ ☐ No
4.	¿Usted o su cuidador tienen obstáculos comunicacionales?	☐ No ☐ Prefiero no responder ☐ Sí. En caso afirmativo, marque todos los que correspondan ☐ Trastorno Auditivo Si se presenta un Trastorno Auditivo, ¿el afiliado usa audífonos? ☐ Oído Izquierdo ☐ Oído Derecho ☐ Ambos ☐ No Verbal ☐ Retrasos del Desarrollo ☐Trastorno Visual.

Evaluación de Necesidades de Salud para Adultos

		Si se presenta un Trastorno Visual, ¿el afiliado usa anteojos? ☐ Sí ☐ No ☐ Otro (describa): _____
5.	¿Tiene actualmente afecciones de salud o las ha tenido en el pasado?	☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: ☐ Ansiedad ☐ Asma ☐ Autismo ☐ Problemas de Salud Mental/del Comportamiento (describa): _____ ☐ Trastorno Bipolar ☐ Cáncer (describa): _____ ☐ Dolor Crónico (describe): _____ ☐ Problemas Dentales ☐ Depresión ☐ Retraso en el Desarrollo ☐ Diabetes ☐ Enfisema o Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (COPD, por sus siglas en inglés) ☐ Discapacidad (describa): _____ ☐ Dependencia de Sonda de Gastrostomía ☐ Enfermedad Cardíaca/Insuficiencia Cardíaca ☐ Hepatitis o Enfermedad Hepática ☐ Presión Arterial Alta/Hipertensión ☐ Colesterol Alto ☐ VIH ☐ Embarazo ☐ Esquizofrenia/Trastorno Esquizoafectivo ☐ Convulsiones ☐ Trastorno por Farmacodependencia ☐ Traqueotomía ☐ Otra (describa): _____
6.	¿Toma medicamentos recetados?	☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, ¿cuántos? ☐ 1 a 4 ☐ 5 a 10 ☐ 11 o más (número de estado): _____ ¿Tiene problemas para tomar sus medicamentos? ☐ No ☐ Sí, debido a una dificultad (marque todas las que correspondan): ☐ Leer la etiqueta ☐ Recogerlos de la farmacia ☐ Compra ☐ Tragar ☐ Otros: _____
7.	¿Consulta a un Proveedor de Cuidado Primario (PCP, por sus siglas en inglés) al menos una vez al año?	☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, ¿a quién está consultando? ☐ PCP: _____ Fecha de la consulta: _____
8.	¿Ha consultado la Sala de Emergencias en los últimos 6 meses?	☐ Sí. En caso afirmativo, ¿cuántas veces y por qué? ☐ 1 vez (describa): _____ ☐ 2 veces (describa): _____ ☐ 3 veces (describa): _____ ☐ 4 veces (describa): _____ ☐ 5 veces (describa): _____ ☐ Más de 5 veces (describa): _____ ☐ No

LOUISIANA DEPARTMENT OF HEALTH

Evaluación de Necesidades de Salud para Adultos

9.	¿Ha pasado la noche en el hospital en los últimos 6 meses?	☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, ¿cuántas veces? ☐ 1 vez (describa): _____ ☐ 2 veces (describa): _____ ☐ 3 veces (describa): _____ ☐ 4 veces (describa): _____ ☐ 5 veces (describa): _____ ☐ Más de 5 veces (describa): _____ ¿Estuvo en casa menos de 30 días antes de regresar al hospital para pasar la noche? ☐ Sí ☐ No
10.	¿Necesita ayuda con las actividades básicas de autocuidado?	☐ No ☐ Sí. En caso afirmativo, marque todas las que correspondan: ☐ Bañarse ☐ Asearse ☐ Medicamentos Diarios ☐ Vestirse ☐ Comer ☐ Cocinar/Preparar de Comidas ☐ Movilidad ☐ Trasladarse ☐ Usar el Baño ☐ Coordinar el Transporte ☐ Otros: _____
11.	¿Cuál es su situación de vivienda hoy?	☐ Tengo un lugar estable para vivir ☐ En el presente, tengo un lugar para vivir, pero me preocupa perderlo en el futuro, (describa): _____ ☐ No tengo un lugar estable para vivir. Me estoy alojando en (marque todas las que correspondan): ☐ con otros ☐ en un hotel ☐ en un refugio ☐ en la calle ☐ en un coche ☐ edificio abandonado ☐ estación de autobús o tren ☐ en un parque ☐ otro (describa): _____
12.	¿Se siente seguro en su situación de vida actual?	☐ Sí ☐ No, (describa): _____
13.	En los últimos 3 meses, alguna vez… (marque todas las que correspondan)	☐ ¿Comió menos de lo que sentía que debía porque no había suficiente dinero para comer? ☐ ¿Careció de un medio de transporte confiable, impidiéndole ir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir las cosas necesarias para la vida diaria? ☐ ¿Su compañía de electricidad, gas, combustible o agua amenazó con cortar los servicios de su hogar? ☐ ¿Alguien o algo lo ha hecho sentir inseguro? Describa: _____ ☐ Ninguna de las anteriores
14.	¿Tiene alguna otra inquietud de la que no hayamos hablado hoy?	Describa: _____

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 ເພື່ອຮັບບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາຟຣີ.

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**.

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