Evaluación de riesgos de salud

Complete todos los campos requeridos. Utilizaremos su información para referirle a usted (afiliado/a) a programas de coordinación del cuidado de la salud que pueden ayudarle a vivir una vida más saludable.

Consejos útiles: si alguno de los datos indicados es incorrecto, comuníquese con el Departamento de Niños y Familias al 850-300-4323, de lunes a viernes, de 7 a.m. a 6 p.m., hora del este.

A: Sobre usted

Fecha de hoy _____

Nombre de la persona que completa el formulario _____

Estoy completando este formulario para:

- ☐ Mí mismo/a
- ☐ Hijo/a
- ☐ Amigo/a
- ☐ Padre/madre
- ☐ Hermano/a
- ☐ Esposo/a
- ☐ Niño/a en acogida

¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico o mensajes de texto de Humana (p. ej., recordatorios, cartas y materiales educativos, etc.)?

☐ Sí ☐ No

Número de teléfono celular _____

Dirección de correo electrónico _____

Nombre del afiliado _____ N.° de identificación del afiliado _____

Nombre del padre/madre/tutor, si corresponde _____

Fecha de nacimiento _____

N.° de teléfono fijo _____ N.° de móvil _____

Nombre del contacto de emergencia _____

N.° de teléfono del contacto de emergencia _____

¿En qué idioma prefiere comunicarse usted (afiliado/a)?

☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro ☐ Prefiero no contestar

Humana
Healthy Horizons®
in Florida

B: Su historia clínica

¿Conoce usted (afiliado/a) el nombre de su médico de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) u obstetra-ginecólogo (OB-GYN, por sus siglas en inglés)?

☐ Sí ☐ No

Nombre _____

¿Acude usted (afiliado/a) a otros médicos o proveedores de cuidado de la salud además de, o en lugar de, su PCP?

☐ Sí ☐ No

Indique a qué médico consulta y el motivo por el que consulta a este médico.

Nombre del médico	Motivo de su consulta

¿Cuándo se realizó su último examen médico (el último examen médico del/de la afiliado/a)?

☐ En los últimos 3 meses
☐ Entre los últimos 3 a 12 meses
☐ Hace más de 12 meses
☐ Nunca me he hecho un examen médico rutinario
☐ No tengo un PCP
☐ Tengo programado un examen médico con mi PCP para el _____

¿Le gustaría recibir ayuda para programar una cita con su PCP u obstetra-ginecólogo (del/de la afiliado/a)?

☐ Sí ☐ No

*Si la respuesta es **sí**, comuníquese con nuestro equipo de coordinación del cuidado de la salud llamando al **800-229-9880 (TTY: 711)** para recibir asistencia.

¿Ha acudido usted (afiliado/a) a una consulta dental anual en los últimos 12 meses?

☐ Sí ☐ No

¿Se vacunó usted (afiliado/a) contra la influenza el año pasado?

☐ Sí ☐ No

En los últimos 30 días, ¿cuántas veces ha estado usted (afiliado/a) en una sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés)?

☐ 0 ☐ 1 a 5 ☐ 6 a 10 ☐ 11 a 20 ☐ 21 a 30

N.° de identificación del afiliado _____

En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces ha permanecido usted (afiliado/a) una noche en el hospital?

☐ 0 ☐ 1 a 3 ☐ 4 a 5 ☐ 6 a 10 ☐ Más de 11 veces

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	**¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?**	**En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?**	**En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?**	**En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.**
Sida	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Asma	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Cáncer	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Enfermedad renal crónica	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Fibrosis quística	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Diabetes	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Fallo cardíaco	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Presión arterial alta	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
VIH	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Anemia drepanocítica	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A

N.° de identificación del afiliado _____

Antecedentes familiares

Nombre de la afección	¿A algún familiar directo (padres, abuelos, hermanos, hijos) se le ha diagnosticado alguna de estas afecciones?		
Sida	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Asma	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Cáncer	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Enfermedad renal crónica	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés)	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Fibrosis quística	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Diabetes	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Fallo cardíaco	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Presión arterial alta	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
VIH	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Anemia drepanocítica	☐ Sí	☐ No	☐ N/A

Determinantes sociales de la salud

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) le ha preocupado que se le acabaran los alimentos antes de tener dinero para comprar más?

☐ Ocurrió a menudo ☐ Ocurrió a veces

☐ No ocurrió nunca ☐ Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿con qué frecuencia a usted (afiliado/a) se le acabaron los alimentos que compró y no tuvo dinero para comprar más?

☐ Ocurrió a menudo ☐ Ocurrió a veces

☐ No ocurrió nunca ☐ Prefiero no responder

N.° de identificación del afiliado _____

¿Usted (afiliado/a) o algún familiar con el que vive no pudo obtener estos artículos o servicios en el último año? (Marque todas las opciones que correspondan)

Artículo/servicio			
Cuidado infantil	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Ropa	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Medicamentos o algún tipo de cuidado de la salud (p. ej., médico, dental, salud mental o de la vista)	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Teléfono	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Servicios públicos	☐ Sí	☐ No	☐ N/A
Otro: _____			

¿En qué situación vive usted (afiliado/a) actualmente?

- ☐ Tengo un lugar estable para vivir
- ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
- ☐ No tengo un lugar estable para vivir
- ☐ Prefiero no responder

¿Dónde vive usted (afiliado/a) concretamente?

- ☐ Temporalmente me estoy quedando con otras personas
- ☐ En un hotel
- ☐ En un refugio
- ☐ En la calle
- ☐ En una playa
- ☐ En un auto
- ☐ En un edificio abandonado
- ☐ En una estación de autobuses o de tren
- ☐ En un parque
- ☐ Prefiero no responder

En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte le ha impedido a usted (afiliado/a) asistir a citas médicas, reuniones o el trabajo, o le ha impedido obtener artículos necesarios para la vida diaria?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

N.° de identificación del afiliado _____

C: Su estilo de vida saludable

¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con su peso actual? (Seleccione una opción)

☐ Estoy conforme con mi peso

☐ No estoy conforme con mi peso, pero no estoy listo/a para hacer un cambio

☐ Me gustaría modificar mi peso y me gustaría recibir ayuda para lograrlo

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar llamando al **855-330-8053 (TTY: 711)**.

Nutrición

En promedio, ¿cuántas porciones de frutas y verduras consume usted (afiliado/a) a diario? (1 "porción" de fruta equivale a 1 fruta mediana; 1 porción de verduras equivale a 1 taza de verduras de hoja o ½ taza de verduras frescas)

☐ 1 a 2 porciones por día ☐ 2 a 4 porciones por día ☐ Más de 4 porciones por día ☐ Ninguna

Actividad física

¿Cuántos días a la semana usted (afiliado/a) hace ejercicio de alguna manera (p. ej., caminar, andar en bicicleta, nadar, yoga, entrenamiento de fuerza, tareas domésticas, rastrillar el jardín) dentro o fuera de la casa?

☐ 1 a 3 días ☐ 4 días o más ☐ No hago ejercicio

En promedio, ¿cuántos minutos en total dedica usted (afiliado/a) a hacer ejercicio los días que hace ejercicio?

☐ Menos de 30 minutos ☐ Más de 30 minutos ☐ No hago ejercicio

¿Cuántas veces en el último año ha tomado usted (afiliado/a) lo siguiente?

• 5 bebidas alcohólicas o más en un día (hombres) • 4 bebidas alcohólicas o más en un día (mujeres)

Una bebida equivale a 12 onzas de cerveza (o 1 cerveza), 5 onzas de vino (o 1 copa de vino) o 1.5 onzas de bebidas destiladas con una graduación alcohólica de 80 grados (o 1 cóctel combinado).

☐ Una o dos veces ☐ A diario o casi a diario ☐ Semanalmente

☐ Mensualmente ☐ N/A

¿Alguna vez usted (afiliado/a) ha pensado que debería reducir la cantidad de alcohol que consume?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Cuántas veces usted (afiliado/a) ha fumado, vapeado o mascado tabaco en el último año?

☐ Una o dos veces ☐ A diario o casi a diario ☐ Semanalmente

☐ Mensualmente ☐ N/A

N.° de identificación del afiliado _____

¿Cómo se siente usted (afiliado/a) con respecto a sus hábitos actuales de fumar, vapear o mascar tabaco?

- ☐ Ya he dejado de fumar, vapear o mascar tabaco
- ☐ No tengo intenciones de dejar de fumar, vapear o mascar tabaco
- ☐ Planeo dejar de fumar, vapear o mascar tabaco en el futuro
- ☐ Me gustaría saber cómo empezar a dejar de fumar, vapear o mascar tabaco ahora
- ☐ N/A

Si desea ayuda, comuníquese con nuestro equipo de asesoramiento sobre bienestar llamando al **855-330-8053 (TTY: 711)**.

¿Cuántas veces en el último año ha utilizado usted (afiliado/a) medicamentos recetados por motivos no médicos?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o dos veces
- ☐ A diario o casi a diario
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ N/A

¿Cuántas veces en el último año ha consumido usted (afiliado/a) drogas ilegales?

- ☐ Nunca
- ☐ Una o dos veces
- ☐ A diario o casi a diario
- ☐ Semanalmente
- ☐ Mensualmente
- ☐ N/A

D: Su bienestar social y mental

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	**¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?**	**En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?**	**En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?**	**En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.**
Ansiedad	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Trastorno por déficit de atención e hiper-actividad (ADHD, por sus siglas en inglés)	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Autismo	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Trastorno bipolar	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A

N.° de identificación del afiliado _____

Marque Sí, No o No aplica				
Nombre de la afección	**¿Se le ha diagnosticado a usted (afiliado/a) alguna de estas afecciones?**	**En caso afirmativo, ¿su médico (del/de la afiliado/a) le diagnosticó la afección en los últimos 6 meses?**	**En caso afirmativo, ¿está usted (afiliado/a) actualmente bajo el cuidado de un médico por esta afección?**	**En caso afirmativo, ¿necesita usted (afiliado/a) ayuda para manejar esta afección? Un coordinador de cuidados de enfermería puede brindarle apoyo.**
Depresión	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Trastorno de alimentación, como anorexia o bulimia	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Trastorno de oposición desafiante (ODD, por sus siglas en inglés)	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Trastorno por estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A
Esquizofrenia	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A	☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Toma usted (afiliado/a) medicamentos psicotrópicos recetados como antidepresivos, antipsicóticos, ansiolíticos o estabilizadores del estado de ánimo?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Con qué frecuencia usted (afiliado/a) ve o habla con personas que aprecia o que siente cercanas? (Por ejemplo, hablar con amigos por teléfono, visitar a amigos o familiares, ir a reuniones en iglesias o clubes)

☐ Menos de una vez por semana ☐ 1 a 2 veces por semana ☐ 3 a 5 veces por semana

☐ 5 o más veces por semana ☐ Prefiero no responder

El estrés es cuando una persona se siente tensa, nerviosa o ansiosa, o no puede dormir por la noche porque su mente está agitada. ¿Qué tan estresado/a se siente usted (afiliado/a)?

☐ Para nada estresado/a ☐ Algo estresado/a ☐ Bastante estresado/a ☐ Muy estresado/a

☐ Demasiado estresado/a ☐ Prefiero no responder

¿Necesita usted (afiliado/a) ayuda con las actividades de la vida diaria, como bañarse, preparar comidas, comprar y/o administrar las finanzas?

☐ Sí ☐ No, no necesito ayuda

N.° de identificación del afiliado _____

Si usted (afiliado/a) necesita ayuda con las actividades de la vida diaria, ¿cuánta ayuda necesita?

☐ Obtengo la ayuda que necesito ☐ Necesito mucha más ayuda ☐ Necesito un poco más de ayuda

Signos de violencia doméstica

Le hacemos las siguientes preguntas a todos nuestros afiliados porque entendemos que la violencia doméstica puede afectar su salud general. Tiene la opción de no responder a ninguna de las preguntas si esto le resulta incómodo. Estas preguntas son confidenciales y no se pueden compartir con nadie sin su permiso por escrito. Sin embargo, conforme a las leyes sobre la obligación de denunciar, se puede reportar información compartida relacionada con abuso infantil, abuso de una persona discapacitada, abuso de un adulto mayor, heridas de bala o lesiones que pongan en riesgo la vida. **Las siguientes preguntas se aplican al/a la afiliado/a.**

¿Alguna vez ha recibido de su pareja un golpe, patada, puñetazo, bofetada o empujón?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Su relación le hace sentir amenazado/a, avergonzado/a o inseguro/a en su hogar?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si respondió afirmativamente a cualquiera de las preguntas anteriores y se siente cómodo/a compartiéndolo.
¿Ha empeorado la relación o se está volviendo más atemorizante?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Su pareja o familiar le vigila de cerca, le sigue o acosa?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si su pareja o familiar está hoy aquí con usted, ¿tiene miedo de irse con él/ella?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Alguna vez su pareja o familiar le ha obligado a tener relaciones sexuales cuando usted no quería?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

¿Hay niños en casa?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Si la respuesta es afirmativa, ¿ha habido amenazas o abusos directos contra los niños?

☐ Sí ☐ No ☐ Prefiero no responder

Recursos:

Número de la Línea directa estatal contra abusos: **800-962-2873 (800-96-ABUSE)**

Número de la Línea directa estatal contra la violencia doméstica: **800-500-1119**

Número de la Línea directa estatal de crisis por violación: **888-956-7273 (888-956-RAPE)**

Los coordinadores del cuidado de la salud de Humana también están disponibles: **800-229-9880**

N.° de identificación del afiliado _____

E: Salud de la mujer. Si no corresponde, omita esta sección.

En el último año, ¿se ha realizado usted (afiliada) una prueba de papanicolaou para detección de cáncer de cuello uterino?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Está usted (afiliada) embarazada?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

E1: Si usted (afiliada) está embarazada: (si no corresponde, proceda a la sección E2).

a. ¿Cuál es su fecha de parto? _____

b. ¿Se notificó el embarazo al Departamento de Niños y Familias (DCF, por sus siglas en inglés) de Florida?

☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **no**, comuníquese con el DCF para informarle sobre el embarazo.

c. ¿Le han diagnosticado a usted (afiliada) presión arterial alta durante este embarazo?

☐ Sí ☐ No

d. ¿Actualmente usted (afiliada) tiene diabetes o le han diagnosticado diabetes durante este embarazo?

☐ Sí ☐ No

e. ¿La han referido a usted (afiliada) a un médico obstetra (OB) de alto riesgo durante este embarazo?

☐ Sí ☐ No

f. Si la refirieron a un médico obstetra (OB) de alto riesgo, ¿cuál fue el motivo del referido?

_____

_____

E2: ¿Ha estado usted (afiliada) embarazada anteriormente?

☐ Sí ☐ No ☐ Sí, pero nunca di a luz a un niño vivo ☐ N/A

Si usted (afiliada) ha estado embarazada anteriormente:

a. ¿Ha tenido un bebé antes de las 37 semanas de embarazo?

☐ Sí ☐ No

b. ¿Ha tenido un bebé en los últimos 6 meses?

☐ Sí ☐ No

c. ¿Ha tenido una cesárea?

☐ Sí ☐ No

N.° de identificación del afiliado _____

Prevención del embarazo

¿Qué método utiliza actualmente (afiliado/a) para prevenir un embarazo, si corresponde?

- ☐ Preservativo
- ☐ Anticonceptivos orales
- ☐ Espuma, espermicidas, lámina anticonceptiva femenina u óvulos
- ☐ Inyección de Depo Provera, DIU o implantes
- ☐ Método del ritmo o coito interrumpido (retirada)
- ☐ Ligadura de trompas
- ☐ Vasectomía
- ☐ Histerectomía
- ☐ Nada
- ☐ Yo/mi pareja y yo estamos buscando un embarazo
- ☐ N/A

Hable de su salud sexual con su proveedor en la próxima consulta para ver si necesita alguna prueba o consejos de prevención para enfermedades de transmisión sexual además de la prevención del embarazo.

F: Afiliados/as de 3 años o menos. Si no corresponde, proceda a la sección G.

¿Nació el niño (afiliado/a) más de cinco semanas antes de la fecha prevista para el parto?

☐ Sí ☐ No

¿Tuvo el niño (afiliado/a) alguna complicación de la vista, respiratoria o de alimentación y desarrollo del crecimiento?

☐ Sí ☐ No

¿Cumple el niño (afiliado/a) sus hitos de desarrollo? (Por ejemplo, a los 2 meses mantiene la cabeza erguida cuando está boca abajo; a los 6 meses cambia de posición de boca abajo a boca arriba; a los 12 meses se pone de pie; a los 18 meses es capaz de beber de un vaso)

☐ Sí ☐ No

G: Afiliados/as de 20 años o menos. Si no corresponde, omita esta sección, responda la pregunta final, firme y envíenos este documento.

¿Tiene usted (padre/madre/cuidador) alguna inquietud sobre el desarrollo o comportamiento del niño (afiliado/a) en el hogar o en la escuela?

☐ Sí ☐ No ☐ N/A

¿Está el niño (afiliado/a) al día con todas las vacunas?

☐ Sí ☐ No

En caso negativo, ¿por qué no?

- ☐ No hay un motivo concreto
- ☐ Obstáculo (como transporte, cuidado infantil o elección)
- ☐ Preferencia religiosa o personal

N.° de identificación del afiliado _____

¿Está expuesto el niño (afiliado/a) al humo de segunda mano, como el de los cigarrillos o vapeadores?

☐ Sí ☐ No

¿El niño (afiliado/a) fuma cigarrillos electrónicos, vapea o consume tabaco sin humo?

☐ Sí ☐ No

¿Suele el niño (afiliado/a) preocuparse o tener algún miedo que afecte significativamente su salud y actividades diarias?

☐ Sí ☐ No

En los últimos 6 meses, ¿el consumo de alcohol o drogas ha afectado la vida del niño (afiliado/a)?

☐ Sí ☐ No

¿Necesita usted (afiliado/a) ayuda y le gustaría hablar con un coordinador de cuidados de enfermería o con un profesional de la salud del comportamiento? (Marque todas las opciones que correspondan)

☐ Sí, me gustaría hablar con un coordinador de cuidados de enfermería para obtener asistencia con el manejo médico de mi salud y mi enfermedad

☐ Sí, me gustaría hablar con un profesional de la salud del comportamiento para obtener asistencia con mi salud mental

☐ No, no necesito ayuda en este momento

Comentarios adicionales

_____

_____

_____

_____ _____

Firma Fecha

Spanish: Aviso sobre No Discriminación

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con las leyes aplicables de Derechos civiles federales y no discriminan ni excluyen a las personas por motivos de raza, color de la piel, religión, género, identidad de género, sexo, orientación sexual, edad, discapacidad, origen nacional, condición militar, condición de veterano, información genética, ascendencia, origen étnico, estado civil, idioma, estado de salud o necesidad de servicios de salud.

Humana Inc. provee servicios gratuitos de asistencia lingüística para personas cuyo idioma principal no es el inglés, personas con discapacidades o que necesiten modificaciones razonables, recursos y servicios auxiliares gratuitos para comunicarse eficazmente con nosotros. Estos servicios incluyen intérpretes acreditados de lengua de señas e información escrita en otros idiomas y formatos (letra de imprenta grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos).

Si necesita modificaciones razonables, ayudas auxiliares adecuadas o servicios de asistencia lingüística, comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este. Si cree que Humana, Inc. no ha provisto estos servicios o siente que ha sufrido discriminación, puede presentar una queja formal en persona, por correo postal o por correo electrónico al Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. en P.O. Box 14618, Lexington, KY 40512-4618, al **800-477-6931 (TTY: 711)** o a **accessibility@humana.com**. Si necesita ayuda para presentar una queja formal, el Coordinador de No Discriminación de Humana Inc. puede ayudarle.

También puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por medios electrónicos a través del Portal de Reclamos de la Oficina de Derechos Civiles en **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf**, o por correo postal o teléfono a: U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201. **800-368-1019**, **800-537-7697 (TDD)**.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Comuníquese al **800-477-6931 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

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.

Este aviso está disponible en **es-www.Humana.com/FloridaAccessibility**.

Humana Healthy Horizons in Florida es un producto de Medicaid de Humana Medical Plan, Inc.

FLHMEDRSP_ITN25_0225_Aprobado

French Creole (Haitian Creole): Kreyòl Ayisyen (French Creole) Rele nimewo ki e dike anwo a pou resevwa sèvis éd gratis nan lang.

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

Italiano (Italian): Chiamare il numero sopra indicato per ricevere servizi di assistenza linguistica gratuiti.

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

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

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

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。

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

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

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

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

Polski (Polish): Aby skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej, należy zadzwonić pod wyżej podany numer.

ગુજરાતી (Gujarati): મફત ભાષા સહાય સેવાઓ મેળવવા માટે ઉપર આપેલા નંબર પર કૉલ કરો.

ภาษาไทย (Thai): โทรไปที่หมายเลขด้านบนเพื่อรับบริการช่วยเหลือด้านภาษาฟรี