

Evaluación de Riesgos para la Salud

Para garantizar que usted (o alguien que quiere) recibe el mejor cuidado, nos gustaría hacerle algunas preguntas. Esta encuesta debería tomar aproximadamente cinco minutos. Todas sus respuestas se mantendrán confidenciales y no afectarán los beneficios de su plan de salud.

Nombre del afiliado _____

Dirección del afiliado _____

Teléfono del afiliado _____ Teléfono celular del afiliado _____

Correo electrónico del afiliado _____

¿Acepta recibir comunicaciones por correo electrónico y mensajes de texto de Humana (por ejemplo, recordatorios, cartas y materiales educativos)? (Marque todo lo que corresponda).

Mensaje de texto Correo electrónico

Fecha de nacimiento del afiliado _____ Edad _____

Número de Identificación del afiliado _____

Nombre del contacto de emergencia _____ Teléfono _____

Fecha en que se completó el formulario _____

Envíe este formulario completo por correo a Humana Member Experience, P.O. Box 14225, Lexington, KY 40512.

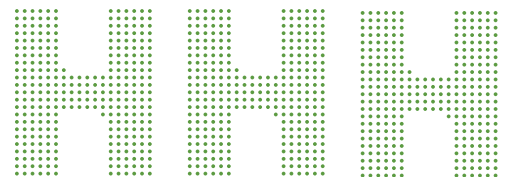
1. Complete las siguientes declaraciones. Estoy respondiendo esta encuesta sobre...

Mí	Una persona mayor de 21 años bajo mi cuidado
Una persona menor de 21 años bajo mi cuidado	Otro

Para el resto de la encuesta, piense en la persona que seleccionó en la pregunta 1 cuando responda todas las preguntas. Seleccione la opción que mejor describa a esa persona.

2. ¿Cuál de las siguientes opciones diría que es su raza? (Elija todas las opciones que correspondan)

Indio Americano o Nativo de Alaska	Nativo de Hawái o de otras Islas del Pacífico
Asiático	Blanco
Negro o Afroamericano	Otra raza



Evaluación de Riesgos para la Salud — continuación

3. ¿Es de origen Hispano, Latino o Español? (Elija todas las opciones que correspondan)

No, no soy de origen Hispano,
Latino o Español.
Sí, soy de origen Mexicano,
Mexicanoamericano o Chicano.

Sí, soy de origen Puertorriqueño.
Sí, soy de origen Cubano.
Sí, soy de otro origen Hispano, Latino
o Español.

4. ¿Tiene dificultades graves para ver, incluso cuando usa anteojos?

Sí No

4a. Si tiene dificultades para ver, ¿utiliza alguno de los siguientes recursos para mejorar su visión? (Elija todas las opciones que correspondan)

Lectores cualificados
Textos grabados
Grabaciones de audio
Materiales y dispositivos en braille
Software lector de pantalla

Software de ampliación
Lectores ópticos
Programas auditivos secundarios (SAP, por
sus siglas en inglés)
Materiales en letra grande
Otro

5. ¿Tiene dificultades auditivas graves?

Sí No

5a. Si tiene dificultades auditivas, ¿utiliza alguno de los siguientes recursos para ayudarle con su audición?

Intérprete de lenguaje
Dispositivos y sistemas de audición asistida
Teléfono compatible con audífonos
Decodificadores de subtítulos
Subtítulos abiertos y ocultos, incluidos
los subtítulos en tiempo real

Productos y sistemas de
telecomunicaciones basados en voz, texto
y vídeo, incluidos teléfonos de texto
Teletipo (TTY, por sus siglas en inglés),
videoteléfonos y teléfonos con subtítulos
o dispositivo de telecomunicaciones
igualmente efectivo
Pantallas de Videotexto
Otro

Evaluación de Riesgos para la Salud — continuación

6. ¿Cuál es el nivel de educación máximo que ha completado o el título máximo que ha obtenido?

Menos que la escuela secundaria
Estudios de escuela secundaria,
pero sin diploma
Graduado de escuela secundaria o
equivalente (GED/formación profesional/gra-
duado de escuela profesional)
Estudios universitarios, pero sin título

Diplomatura (programa profesional,
técnico o académico de 1 a 2 años)
Título universitario/licenciatura de
cuatro años
Posgrado (incluidos maestría, título
profesional o doctorado)

7. Describa su situación de vida actual.

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, en la
calle, en una playa, en un automóvil, en un
edificio abandonado, en una estación de
autobús o tren, o en un parque).

7a. ¿Su situación de vida actual tiene alguno de los siguientes problemas? (Elija todas las opciones que correspondan)

Plagas como insectos o roedores.
Moho.
Pintura o tuberías con plomo.
Falta de calefacción.

Horno o estufa que no funcionan.
Faltan detectores de humo o no funcionan.
Fugas de agua.
Otros problemas de seguridad.
Ninguna de las anteriores.

8. En algún momento del año pasado, ¿se quedó sin comida antes de obtener dinero para comprar más?

Sí No

9. El año pasado, ¿tuvo problemas para acudir a las citas médicas o para obtener lo que necesita debido al transporte?

Sí No

10. En el último año, ¿le han dicho que pueden cortar la electricidad, el gas, el combustible o el agua en su casa?

Sí No

Evaluación de Riesgos para la Salud — continuación

11. ¿Tiene actualmente acceso a Internet?

Sí No

11a. ¿Cómo accede a Internet? (Elija todas las opciones que correspondan)

En casa

Teléfono celular

Dispositivo prestado

En el trabajo/la escuela

En un lugar público

Otro

12. ¿Necesita ayuda para encontrar o mantener el trabajo?

Sí. No. No puedo trabajar debido a una discapacidad.

13. ¿Está embarazada o podría estarlo actualmente?

Sí. No. No corresponde.

14. ¿Con qué género se identifica usted (afiliado)?

Masculino.

Femenino.

Mujer a hombre/hombre transgénero/
hombre trans.

Hombre a mujer/mujer transgénero/
mujer trans.

Intergénero/no binario, no exclusivamente
masculino o femenino.

Otro.

Se niega a responder.

15. ¿Cuáles son sus pronombres (del afiliado)?

Él.

Ella.

Elx/elle.

Otro.

Se niega a responder.

16. ¿Cuál es su orientación sexual (del afiliado)?

Heterosexual.

Lesbiana, gay u homosexual.

Bisexual.

Otra.

No sabe.

Se niega a responder.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos. Llame al **877-856-5702 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 7:00 a.m. a 8:00 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al proporcionar recursos y servicios auxiliares gratuitos a personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios auxiliares son necesarios para garantizar la igualdad de oportunidades para participar. 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.

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

Українська (Ukrainian): Зателефонуйте за вказаним вище номером для отримання безкоштовної мовної підтримки.

नेपाली (Nepali): निःशुल्क भाषासम्बन्धी सहयोग सेवाहरू प्राप्त गर्नका लागि माथिको नम्बरमा फोन गर्नुहोस्।

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

Soomaali (Somali): Wac lambarka kore si aad u hesho adeegyada caawimaada luuqada oo bilaash ah.

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

Kiswahili (Swahili): Piga simu kwa nambari iliyo hapo juu ili upate huduma za usaidizi wa lugha bila malipo.

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

Kinyarwanda (Burundi): Hamagara nomero yatanzwe haruguru kugira ngo uhabwe serivisi z'ubufasha bw'indimi ku buntu.

O'zbekcha (Uzbek): Til yuzasidan bepul yordam olish uchun yuqoridagi raqamga qo'ng'iroq qiling.

پښتو (Pashtu): د وړيا ژبې ملاتړ ترلاسه کولو لپاره پورته شميرې ته زنگ ووهئ.

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

ትግርኛ (Tigrinya):- ነፃ ናይ ቋንቋ ኣገዝ ኣገልግሎት ንምርካብ በዚ ኣብ ላዕሊ ዘሎ ቁፅሪ ይደውሉ።

دری (Dari): برای دریافت خدمات رایگان کمک زبانی با شماره بالا تماس بگیرید.

Este aviso está disponible en es-www.humana.com/OhioDocuments.

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

OHHMEE8SP_Aprobado