

# Comience su encuesta

Para asegurarnos de que está recibiendo el mejor cuidado, nos gustaría hacerle algunas preguntas sobre su salud, incluyendo preguntas relacionadas con la raza, el origen étnico, el idioma, la identidad de género y la orientación sexual. Recopilamos esta información para asegurarnos de que estamos abordando la salud integral de cada afiliado. La información será confidencial. Queremos abordar todas las necesidades con un recurso. Proporcionamos la encuesta con sensibilidad y privacidad para todos los afiliados. Responda las preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas no afectarán los beneficios de su plan. Esta encuesta debería tomarle aproximadamente cinco minutos.

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 material educativo)? (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 de realización \_\_\_\_\_

## 1. ¿Está completando este formulario para alguien que no es usted?

Sí                                      No                                      En caso afirmativo,  
¿cuál es su nombre? \_\_\_\_\_

## 2. ¿Cuál es su relación con el afiliado?

Padre o madre                      Tutor legal                      Cuidador                      Hermano(a)  
Cónyuge                              Otro

## 3. En general, ¿cómo calificaría su salud?

Excelente                              Muy buena                              Buena                              Regular  
Mala

**4. ¿Toma actualmente algún medicamento con receta?**

Sí

No

**5. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó diabetes?**

Sí

No

**6. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó presión arterial alta?**

Sí

No

**7. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó una enfermedad del corazón?**

Sí

No

**8. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó enfermedad renal?**

Sí

No

**9. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó cáncer?**

Sí

No

**10. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó asma?**

Sí

No

**11. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó EPOC?**

Sí

No

**12. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó alergias?**

Sí

No

**13. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó VIH o sida?**

Sí

No

**14. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó hepatitis?**

Sí

No

**15. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó depresión?**

Sí

No

**16. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó ansiedad?**

Sí

No

**17. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó trastorno bipolar?**

Sí

No

**18. ¿Alguna vez un médico le diagnosticó esquizofrenia?**

Sí

No

**19. ¿Está embarazada?**

Sí → Siga con la pregunta 20

No

**20. ¿Cuál es su fecha de parto?**

---

**21. ¿Tiene dificultad para ver, incluso cuando usa anteojos?**

Sí

No

**22. ¿Tiene algún problema con la audición, como ser sordo o tener dificultades auditivas?**

Sí

No

**23. ¿Actualmente consume alcohol?**

Sí

No

**24. ¿Utiliza actualmente algún producto de nicotina como cigarrillos, vape o tabaco sin humo?**

Sí

No

**25. ¿Necesita ayuda con alguno de los siguientes aspectos? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Acceso a medicamentos

Ropa

Trabajo

Comida

Traslados a sus citas médicas

Administrar sus finanzas

Seguridad

Ninguno

**26. ¿Cuál es su situación de vivienda?**

Vivienda propia sin problemas

Vivienda alquilada sin problemas

Vivienda temporal → Siga con la pregunta 27

Sin hogar → Siga con la pregunta 27

Otra → Siga con la pregunta 27

**27. ¿Necesita ayuda con la vivienda o el acceso a un refugio?**

Sí

No

**28. Debido a afecciones físicas, mentales o emocionales, ¿necesita ayuda para hacer alguna de las siguientes actividades diarias? (Marque todas las opciones que correspondan)**

Bañarse

Comer

Vestirse

Ir de compras

Moverse (como subir escaleras, caminar, vestirse o bañarse)

**29. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido, con poco interés o poco placer por hacer las cosas?**

No en absoluto

Varios días

Más de la mitad  
de los días

Casi todos los días

**30. ¿Ha ido al dentista en el último año?**

Sí

No

**31. ¿Cuántas veces acudió a la sala de emergencias en los últimos tres meses?**

Ninguna

Una o dos

Tres o más

**32. ¿Cuál es su nivel de estudios?**

Escuela primaria  
(jardín de infancia  
a 5.º grado)

Escuela media  
(6.º a 8.º grado)

Bachillerato (9.º a  
12.º grado)

Graduado de  
bachillerato

Algunos estudios  
universitarios

Graduado  
universitario

Escuela de  
posgrado

No deseo contestar

No corresponde

**33. ¿Qué idioma prefiere que hable su médico o profesional de enfermería?**

Inglés

Español

Otro

**34. ¿En qué idioma prefiere leer las instrucciones médicas o de cuidado de la salud?**

Inglés

Español

Otro

### 35. ¿Es de origen hispano, latino o español?

No, no soy de origen hispano, latino o español

Sí, soy de origen mexicano, mexicano-estadounidense o chicano

Sí, soy de origen puertorriqueño

Sí, soy de origen cubano

Sí, soy de otro origen hispano, latino o español

No deseo contestar

### 36. ¿Cómo describiría mejor su origen étnico?

Indio estadounidense o nativo de Alaska

Asiático

Negro o afroamericano

Nativo de Hawái u otras islas del Pacífico

Blanco

Otra raza

No deseo contestar

### 37. ¿Cuál era su sexo al nacer?

Masculino

Femenino

No disponible

No deseo contestar

### 38. ¿Con qué género se identifica actualmente?

Femenino

Masculino

Hombre transgénero/  
hombre trans que cambió de mujer a hombre

Mujer transgénero/  
mujer trans que cambió de hombre a mujer

Género fluido/  
no binario, sin género femenino o masculino exclusivamente

Otro

No deseo contestar

### 39. ¿Cuáles son sus pronombres?

Él

Ella

Elle

Otro

No deseo contestar

#### 40. ¿Cuál es su orientación sexual?

Heterosexual

Lesbiana, gay u  
homosexual

Bisexual

Otra

No lo sé

No deseo  
contestar

#### 41. ¿Le gustaría que un representante de Humana se comunicara con usted acerca de cualquiera de sus respuestas a esta encuesta?

Sí

No

**Gracias por completar nuestra encuesta.**

Para obtener información y recursos relacionados con los temas discutidos en esta encuesta, llame al número de Servicios para afiliados que aparece al reverso de su tarjeta de identificación o visite [Humana.com/HealthySouthCarolina](https://www.humana.com/HealthySouthCarolina). Gracias y que tenga un excelente día.

Usted tiene a su disposición recursos y servicios auxiliares gratuitos.  
**866-432-0001 (TTY: 711)**, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 8 p.m., hora del este.

Humana Inc. y sus subsidiarias cumplen con la Sección 1557 al brindar recursos y servicios auxiliares gratuitos a las personas con discapacidades cuando dichos recursos y servicios son necesarios para asegurar la igualdad de oportunidades para participar. Los servicios incluyen intérpretes de lengua de señas acreditados, la interpretación remota por video y el envío de la información 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.

**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。

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**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。

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

**हिंदी (Hindi):** भाषा सहायता सेवाएं मुफ्त में प्राप्त करने के लिए ऊपर के नंबर पर कॉल करें।

**ខ្មែរ (Cambodian):** ហៅមកលេខទូរស័ព្ទខាងលើ ដើម្បីទទួលបានសេវាកម្មបកប្រែភាសាដោយមិនអស់ប្រាក់ ។

Este aviso está disponible en [es-www.Humana.com/SouthCarolinaDocuments](https://www.Humana.com/SouthCarolinaDocuments).

Humana Healthy Horizons in South Carolina es un producto de Medicaid de Humana Benefit Plan of South Carolina, Inc.