

Prueba de Detección para Afiliados

Estimado/a Afiliado/a:

Para asegurarnos de que recibe el mejor cuidado, queremos hacerle algunas preguntas sobre su salud. Recopilamos esta información para asegurarnos de estar abordando la salud integral de cada afiliado. La información será confidencial. Queremos abordar cada necesidad con un recurso. Proporcionamos la prueba de detección con sensibilidad y privacidad para todos los afiliados. Responda estas preguntas lo mejor que pueda. Sus respuestas no afectarán los beneficios de su plan. Esta encuesta debería tomar aproximadamente cinco minutos.

Atentamente,

Humana Healthy Horizons® in Virginia

Apellido del afiliado _____ Nombre del afiliado _____

Número de Identificación del Afiliado (Identificación del Plan de Humana) H _____

* Número de Identificación de Medicaid del Afiliado _____

Contacto/teléfono del afiliado _____

Proveedor de cuidado primario (PCP, por sus siglas en inglés) del afiliado _____

Identificador Nacional de Proveedor
(NPI, por sus siglas en inglés) del PCP del Afiliado _____

* Fecha de Realización de la Prueba de Detección (mm/dd/aaaa): _____

Parte 1: Clasificación de Casos Medicamente Complejos

¿Le dijo un médico, enfermero o proveedor de cuidado de la salud que tenía/tiene algo de lo siguiente? (Marque todas las casillas que correspondan).

Cáncer (activo)
Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (COPD, por sus siglas en inglés) o enfisema
Diabetes
Enfermedad cardíaca, paro cardíaco, insuficiencia cardíaca (corazón debilitado)
Virus de inmunodeficiencia humana (HIV, por sus siglas en inglés) o síndrome de inmunodeficiencia adquirida (AIDS, por sus siglas en inglés)
Insuficiencia renal o enfermedad renal en etapa terminal (ESRD, por sus siglas en inglés)

Enfermedad de Parkinson
Enfermedad de células falciformes
Derrame cerebral, lesión cerebral o lesión de la médula espinal
Trasplante o en lista de espera para trasplante
Otra afección incapacitante crónica (a largo plazo)

Humana Healthy Horizons® in Virginia

¿Alguna de las afecciones crónicas que marcó arriba afecta su capacidad de hacer las tareas diarias y requiere que reciba asistencia con algo de lo siguiente? (Marque todas las casillas que correspondan).

Bañarse
Vestirse

Comer
Usar el baño

Caminar

¿Le dijo un médico, enfermero o proveedor de cuidado de la salud que tenía/tiene algo de lo siguiente? (Marque todas las casillas que correspondan).

Alcoholismo

Trastorno bipolar o manía

Depresión

Trastorno de pánico

Trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés)

Trastorno psicótico

Esquizofrenia o trastorno esquizoafectivo

Trastorno por consumo de sustancias o adicción

Otra afección crónica (a largo plazo) de salud mental

¿Alguna de las afecciones que seleccionó arriba le impiden hacer las tareas diarias?

Sí No

(Mujeres) ¿Actualmente está o podría estar embarazada?

Sí

Es posible, pero no lo sé

No

¿Tiene una discapacidad intelectual o del desarrollo y necesita ayuda con algo de lo siguiente? (Marque todas las casillas que correspondan).

Aprender o solucionar de problemas

Escuchar o hablar

Vivir de forma independiente

Tomar decisiones sobre su salud o bienestar

Autocuidado (bañarse, asearse, comer)

Traslado/transporte (conducir, tomar el autobús)

Parte 2: Necesidades sociales relacionadas con la salud y triaje de evaluación de riesgos para la salud

¿Cuál es su situación de vivienda actual?

Tengo vivienda

Me preocupa perder mi vivienda Sí No

No tengo vivienda (marque todas las opciones que correspondan)

Me quedo con otras personas

Vivo en un hotel

Vivo en un refugio

Vivo fuera (en la calle, en una playa, en un automóvil o en un parque)

Prefiero no responder esta pregunta

En los últimos tres (3) meses, ¿le preocupó quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?

Sí No

En los últimos treinta (30) días, ¿usted o alguno de los miembros de su familia con quienes vive no ha podido obtener alguna de las siguientes opciones cuando era realmente necesaria? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

Sí No Medicamentos o medicamentos recetados

Sí No Servicios públicos

Sí No Ropa

Sí No Cuidado de niños

Sí No Teléfono

Sí No Cuidado de la salud (citas médicas, servicios de salud mental, tratamiento por adicciones)

Sí No Prefiero no responder esta pregunta

¿Cuántas veces ha estado en la sala de emergencias (ER, por sus siglas en inglés) o en un hospital en los últimos noventa (90) días por una (1) de las afecciones que mencionó antes?

_____ (Ingrese un número del 0 al 99).

¿Cuántas veces tuvo una caída en los últimos noventa (90) días y necesitó consultar al médico, ir a la Sala de Emergencias o al hospital por la caída?

_____ (Ingrese un número del 0 al 99).

Estado del Cuidador

Pregunta para la población adulta: ¿la falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas que necesita para el día a día? (Marque todas las opciones lo que correspondan).

Sí, me ha impedido asistir a citas médicas u obtener medicamentos

Sí, me ha impedido asistir a citas no médicas, reuniones, al trabajo u obtener cosas que necesito

No

Prefiero no responder esta pregunta

Pregunta para la población adulta: ¿vive con al menos un (1) niño menor de diecinueve (19) años y usted es la principal persona encargada del cuidado de ese niño?

Sí No

Pregunta para la población adulta: ¿vive con una persona adulta que necesita asistencia para bañarse, vestirse, caminar, comer o usar el baño, y usted es su principal cuidador?

Sí No

Pregunta para la población adulta: ¿cuál es el nivel más alto de educación que ha completado?

Estudios de escuela secundaria, pero sin diploma

Diploma de escuela secundaria o equivalente (Desarrollo Educativo General [GED, por sus siglas en inglés])

Estudios universitarios, pero sin título

Credencial de trabajo o certificación de la industria después de la escuela secundaria

Diploma de técnico superior

Licenciatura o superior

Prefiero no responder esta pregunta

Pregunta para la población adulta: ¿tiene trabajo?

Tengo trabajo temporal o a tiempo parcial

Tengo trabajo a tiempo completo

No tengo trabajo y estoy en la búsqueda

No tengo trabajo y tampoco estoy buscando

Prefiero no responder esta pregunta

Pregunta para la población adulta: ¿le gusta su trabajo actual?

Sí, me gusta mi trabajo Sí No

Debo tener más de un trabajo, porque no puedo encontrar un trabajo a tiempo completo
Sí No

Trabajo más de cuarenta (40) horas por semana en dos (2) o más trabajos a tiempo parcial Sí No

Busco trabajo desde hace más de tres (3) meses y no he recibido ninguna oferta
Sí No

Me gustaría recibir ayuda para encontrar un trabajo que me guste más o que me pague más dinero Sí No

¿En el último año ha tenido miedo de su pareja, expareja, un miembro de su familia o cuidador (pago o no pago)?

Sí No No lo sé Prefiero no responder esta pregunta

¿Tiene otras necesidades o dificultades de salud importantes sobre las que le gustaría conversar con alguien?

Sí No

¿Cuándo le gustaría que se comunicaran con usted para hablar sobre sus necesidades o dificultades de salud?

Dentro de 1 a 30 días

Dentro de 31 a 60 días

Dentro de 61 a 90 días

Dentro de 91 a 120 días

No quiero que me contacten

Afiliado: confirmo que la información es precisa y está completa a mi leal saber y entender. Un Asociado de Humana confirmará la evaluación para garantizar que reciba la mejor coordinación que satisfaga sus necesidades.

Sí No

Aviso de Disponibilidad - Aviso de Recursos y Servicios Auxiliares

English: Free language, auxiliary aid, and alternate format services are available.
Call **844-881-4482 (TTY: 711)**.

العربية [Arabic]: تتوفر خدمات اللغة والمساعدة الإضافية والتنسيق البديل مجانًا. اتصل على الرقم **844-881-4482 (الهاتف النصي: 711)**.

Հայերեն [Armenian]: Հասանելի են անվճար լեզվական, աջակցման և այլընտրանքային ձևաչափի ծառայություններ: Չանգահարե՛ք՝ **844-881-4482 (TTY: 711)**:

বাংলা [Bengali]: বিনামূল্যে ভাষা, আনুষঙ্গিক সহায়তা, এবং বিকল্প বিন্যাসে পরিষেবা উপলব্ধ। ফোন করুন **844-881-4482 (TTY: 711)** নম্বরে।

简体中文 [Simplified Chinese]: 我们可提供免费的语言、辅助设备以及其他格式版本服务。请致电 **844-881-4482 (听障专线: 711)**。

繁體中文 [Traditional Chinese]: 我們可提供免費的語言、輔助設備以及其他格式版本服務。請致電 **844-881-4482 (聽障專線: 711)**。

Kreyòl Ayisyen [Haitian Creole]: Lang gratis, èd oksilyè, ak lòt fòm sèvis disponib. Rele **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Hrvatski [Croatian]: Dostupni su besplatni jezik, dodatna pomoć i usluge alternativnog formata. Nazovite **844-881-4482 (TTY: 711)**.

فارسی [Farsi]: خدمات زبان رایگان، کمک های اضافی و فرمت های جایگزین در دسترس است. با **844-881-4482 (TTY: 711)** تماس بگیرید.

Français [French]: Des services gratuits linguistiques, d'aide auxiliaire et de mise au format sont disponibles. Appeler le **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Deutsch [German]: Es stehen kostenlose unterstützende Hilfs- und Sprachdienste sowie alternative Dokumentformate zur Verfügung. Telefon: **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Ελληνικά [Greek]: Διατίθενται δωρεάν γλωσσικές υπηρεσίες, βοηθήματα και υπηρεσίες σε εναλλακτικές προσβάσιμες μορφές. Καλέστε στο **844-881-4482 (TTY: 711)**.

ગુજરાતી [Gujarati]: નિ:શુલ્ક ભાષા, સહાયક સહાય અને વૈકલ્પિક ફોર્મેટ સેવાઓ ઉપલબ્ધ છે. **844-881-4482 (TTY: 711)** પર કોલ કરો.

עברית [Hebrew]: שירותים אלה זמינים בחינם: שירותי תרגום, אביזרי עזר וטקסטים בפורמטים חלופיים. נא התקשר למספר **844-881-4482 (TTY: 711)**

हिन्दी [Hindi]: नि:शुल्क भाषा, सहायक मदद और वैकल्पिक प्रारूप सेवाएं उपलब्ध हैं। **844-881-4482 (TTY: 711)** पर कॉल करें।

Hmoob [Hmong]: Muaj kev pab txhais lus, pab kom hnov suab, thiab lwm tus qauv pab cuam. Hu **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Italiano [Italian]: Sono disponibili servizi gratuiti di supporto linguistico, assistenza ausiliaria e formati alternativi. Chiama il numero **844-881-4482 (TTY: 711)**.

日本語 [Japanese]: 言語支援サービス、補助支援サービス、代替形式サービスを無料でご利用いただけます。**844-881-4482 (TTY: 711)** までお電話ください。

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

VAHMEDKSP_Approved

ភាសាខ្មែរ [Khmer]: សេវាកម្មផ្នែកភាសា ជំនួយ និង សេវាកម្មជំនួយប្រុងប្រយ័ត្នសម្រាប់
រកបាន។ ទូរស័ព្ទទៅលេខ **844-881-4482 (TTY: 711)**។

한국어 [Korean]: 무료 언어, 보조 지원 및 대체 형식 서비스를 이용하실 수 있습니다.
844-881-4482 (TTY: 711)번으로 문의하십시오.

ພາສາລາວ [Lao]: ມີການບໍລິການດ້ານພາສາ, ອຸປະກອນຊ່ວຍເຫຼືອ ແລະ ຮູບແບບທາງເລືອກອື່ນ
ໃຫ້ໃຊ້ຜິດ. ໂທ **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Diné [Navajo]: Saad t'áa' jiik'eh, t'áadoole'é binahjì' bee adahodooníí'gíí' diné bich'í'
anídahazt'í'í, dóo' łahgo át'éego bee hada' dilyaaígíí' bee bika'aanída'awo'í dahóló. Kohjì'
hodíilnih **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Polski [Polish]: Dostępne są bezpłatne usługi językowe, pomocnicze i alternatywne formaty.
Zadzwoń pod numer **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Português [Portuguese]: Estão disponíveis serviços gratuitos de ajuda linguística auxiliar e
outros formatos alternativos. Ligue **844-881-4482 (TTY: 711)**.

ਪੰਜਾਬੀ [Punjabi]: ਮੁਫਤ ਭਾਸ਼ਾ, ਸਹਾਇਕ ਸਹਾਇਤਾ, ਅਤੇ ਵਿਕਲਪਿਕ ਫਾਰਮੈਟ ਸੇਵਾਵਾਂ ਉਪਲਬਧ ਹਨ।
844-881-4482 (TTY: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

Русский [Russian]: Предоставляются бесплатные услуги языковой поддержки,
вспомогательные средства и материалы в альтернативных форматах. Звоните по номеру
844-881-4482 (TTY: 711).

Español [Spanish]: Los servicios gratuitos de asistencia lingüística, ayuda auxiliar y
servicios en otro formato están disponibles. Llame al **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Tagalog [Tagalog]: Magagamit ang mga libreng serbisyong pangwika, serbisyo o device na
pantulong, at kapalit na format. Tumawag sa **844-881-4482 (TTY: 711)**.

தமிழ் [Tamil]: இலவச மொழி, துணை உதவி மற்றும் மாற்று வடிவ சேவைகள் உள்ளன.
844-881-4482 (TTY: 711) ஐ அழைக்கவும்.

తెలుగు [Telugu]: ఉచిత భాష, సహాయక మద్దతు, మరియు ప్రత్యామ్నాయ ఫార్మాట్ సేవలు
అందుబాటులో గలవు. **844-881-4482 (TTY: 711)** కి కాల్ చేయండి.

[Urdu]: مفت زبان، معاون امداد، اور متبادل فارمیٹ کی خدمات دستیاب ہیں۔ **844-881-4482 (TTY: 711)** کال

Tiếng Việt [Vietnamese]: Có sẵn các dịch vụ miễn phí về ngôn ngữ, hỗ trợ bổ sung và định
dạng thay thế. Hãy gọi **844-881-4482 (TTY: 711)**.

አማርኛ [Amharic]: ቋንቋ፣ አገዥ ማዳመጫ እና አማራጫ ቅርፀት ያላቸው አገልግሎቶችን ይገኛሉ። በ
844-881-4482 (TTY: 711) ላይ ይደውሉ።

Bàsà [Bassa]: Wuḍu-xwíníín-mú-zà-zà kùà, Hwòdǒ-fáńá-nyo, kè nyo-baŋn-po-kà bɛ́ bɛ́
nyuεε se wídí pɛ́è-pɛ́è dò ko. **844-881-4482 (TTY: 711)** dá.

Bekee [Igbo]: Asụsụ n'efu, enyemaka nkwarụ, na ọrụ usoro ndị ọzọ dị. Kpọọ **844-881-4482 (TTY: 711)**.

Òyìnbó [Yoruba]: Àwọn isẹ̀ àtilẹ̀hìn ìrànlọ́wọ́ èdè, àtì ọ̀nà kíkà míràn wà lárọ̀wọ́tọ́. Pe
844-881-4482 (TTY: 711).

नेपाली [Nepali]: भाषासम्बन्धी निःशुल्क, सहायक साधन र वैकल्पिक फार्मेट (ढाँचा/व्यवस्था)
सेवाहरू उपलब्ध छन् । **844-881-4482 (TTY: 711)** मा कल गर्नुहोस् ।