Prueba de Detección para Afiliados

Estimado/a Afiliado/a:

Para asegurarnos de que recibe el mejor cuidado, queremos hacerle algunas preguntas sobre su salud, que incluyen preguntas sobre la raza, el origen étnico, el idioma, la identidad de género y la orientación sexual. 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 Médicamente 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)

¿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