



Medicare Advantage Plans
210 Park Ave. | Suite 2900 | Oklahoma City, OK 73102-5621

<Fecha de generación>

<Nombre> <Inicial del segundo nombre> <Apellido>

<Dirección 1>

<Dirección 2>

<Ciudad>, <Estado> <Código postal>

Estimado/a <Nombre> <Apellido>,

El objetivo de esta encuesta es ayudarnos a comprender su salud y sus necesidades específicas de atención médica para que podamos trabajar juntos para brindarle los servicios que le permitan alcanzar su(s) meta(s) de salud.

La información enviada en esta encuesta será utilizada internamente por nuestro Departamento de Manejo de Cuidado y podrá ser compartida con su Médico Primario (PCP, por sus siglas en inglés) si existen brechas en el cuidado que deban abordarse.

Cualquier información proporcionada no será utilizada en su contra de ninguna manera ni afectará los servicios que obtenga del plan de salud.

Completar y someter la Encuesta de Salud confidencial implica el consentimiento para su uso declarado; sin embargo, usted tiene la opción de rechazar completar esta encuesta. Esta encuesta también se puede completar en el sitio web de GlobalHealth.

- **Servicios de Traducción:** Ofrecemos servicios de interpretación para nuestros afiliados. Intérpretes Médicos Certificados Profesionales permiten que nuestros afiliados tengan acceso a servicios de traducción culturalmente sensibles al hablar con el personal de nuestro plan de salud. Llame a nuestro centro de Atención al Cliente al 1-844-280-5555 entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo) y entre las 8:00 a.m. y las 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre). Los usuarios de TTY pueden llamar al 711.

Encuesta de Salud

Por favor, complete esta encuesta. El objetivo de esta encuesta es ayudarnos a comprender su salud y sus necesidades específicas de atención médica para que podamos trabajar juntos para brindarle los servicios que le permitan alcanzar su(s) meta(s) de salud. Sus respuestas **NO** afectarán sus beneficios. Podemos compartir su información con su proveedor de atención primaria. Si tiene alguna pregunta al respecto, comuníquese con Atención al Cliente al 1-844-280-5555 (TTY: 711) de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., los siete días de la semana (del 1 de octubre al 31 de marzo), y de 8:00 a.m. a 8:00 p.m., de lunes a viernes (del 1 de abril al 30 de septiembre).



Fecha: _____ Nombre e ID del agente (si el agente le asistió): _____

Nombre: _____ Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Fecha de Nacimiento: _____ Estado Civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Separado ☐ Divorciado ☐ Viudo

Número de Teléfono: _____ ID de Solicitud/Afiliado: _____

1. ¿Cuál es su raza?

- ☐ Blanco ☐ Negro ☐ Indio Americano ☐ Nativo Alaska ☐ Nativo Hawaiano
☐ Samoano ☐ Otro Isleño del Pacífico ☐ Asiático Indio ☐ Chino ☐ Filipino ☐ Japonés
☐ Coreano ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Guamés or Chamorro ☐ Prefiero no responder

2. ¿Cuál es su origen étnico?

- ☐ No Hispano, Latino/a u Origen Español ☐ Cubano ☐ Mexicano, Mexicano Americano, Chicano/a ☐ Puertorriqueño
☐ Otro Origen Hispano, Latino o Español ☐ Prefiero no responder

3. ¿Cuál es su idioma principal?

- ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro: _____ ☐ Prefiero no responder

4. Favor de marcar si tiene, ha tenido o ha recibido tratamiento para alguna de las siguientes afecciones Crónicas.

- ☐ Enfermedad de Alzheimer/Demencia ☐ Enfermedad Autoinmune (Esclerosis Múltiple/Miastenia Gravis) ☐ Asma
☐ Artritis o Dolor en las Articulaciones ☐ Cáncer ☐ Insuficiencia Cardíaca Congestiva ☐ COVID-19 ☐ Diabetes
☐ Enfermedad Cardiovascular/Enfermedad Arterial Coronaria/Enfermedad Vascular Periférica ☐ Depresión/Enfermedad Mental
☐ Epilepsia/Convulsiones ☐ Problemas Cardíacos/Enfermedad Cardíaca/Ataque Cardíaco ☐ Accidente Cerebrovascular ☐ Enfermedad Renal
☐ Presión Arterial Alta ☐ Colesterol/Triglicéridos Altos ☐ Trasplante de Órganos (Hígado, Riñón, etc.)
☐ Enfermedad Pulmonar (Enfisema, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica-EPOC) ☐ Trastorno Inmune (VIH o SIDA)
☐ Enfermedad Neurodegenerativa (Enfermedad de Parkinson/Huntington) ☐ Otro: _____

5. Por favor, marque las siguientes condiciones que está experimentando actualmente:

- ☐ Hinchazón de Pies/Tobillos/Piernas ☐ Cambio Repentino de Peso ☐ Llagas Abiertas, Heridas o Úlceras en la Piel

A. Si marcó sí, por favor, marque las siguientes condiciones por las que está recibiendo tratamiento médico:

- ☐ Hinchazón de Pies/Tobillos/Piernas ☐ Cambio Repentino de Peso ☐ Llagas Abiertas, Heridas o Úlceras en la Piel

6. Acceso y Tratamiento de Atención Médica:

- a. En los últimos 12 meses, ¿la falta de transporte confiable le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, trabajar o conseguir cosas necesarias para la vida diaria? ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Ha tenido una visita cara a cara (en persona o virtual) con su médico para un Examen Físico Anual o Visita de Bienestar en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☐ No
- c. ¿Consiente una visita cara a cara con su médico? ☐ Sí ☐ No
- d. ¿Tiene alguna preferencia por la visita en persona o virtual? ☐ En persona ☐ Virtual ☐ Sin preferencia
- e. ¿Está actualmente inscrito en hospicio? ☐ Sí ☐ No
- f. ¿Está recibiendo actualmente tratamiento de diálisis renal? ☐ Sí ☐ No
- g. ¿Cuántas veces ha ido a la sala de emergencias en los últimos 12 meses? ☐ Ninguna ☐ 1-3 veces ☐ Más de 3
- h. ¿Cuántas veces ha sido ingresado en el hospital en los últimos 12 meses? ☐ Ninguna ☐ 1-3 veces ☐ Más de 3
- i. ¿Cuándo fue su último examen ocular completo con dilatación? ☐ Nunca ☐ Hace menos de 12 meses ☐ Hace más de 12 meses

7. Actividades de la Vida Diaria

- a. ¿Necesita ayuda para bañarse, vestirse, preparar comidas, alimentarse o usar el baño? ☐ Sí ☐ No
- b. ¿Necesita ayuda para caminar, levantarse de una silla o salir de la cama? ☐ Sí ☐ No
- c. ¿Necesita ayuda para tomar sus medicamentos según lo recetado? ☐ Sí ☐ No
- d. ¿Tiene un cuidador que le ayude a satisfacer sus necesidades mencionadas anteriormente? ☐ Sí ☐ No ☐ N/A
- e. En los últimos 12 meses, ¿cuántas veces se ha caído? ☐ Nunca ☐ Una vez ☐ Más de una vez
- f. ¿Utiliza actualmente dispositivos de asistencia y/o equipo duradero para caminar, bañarse, ducharse o usar el baño, es decir, una silla de ruedas, andador, bastón, asiento de inodoro elevado, etc.? ☐ Sí ☐ No
- g. ¿Actualmente le molesta el dolor? Por favor, califique su dolor. (1-3 muy poco dolor, 4-6 dolor moderado, y 7-10 dolor severo)
☐ No tengo dolor ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ 7-10

8. Comportamiento y Social

- a. En los últimos 3 meses, ¿se ha sentido crónicamente triste y/o deprimido? ☐ Sí ☐ No
- b. En los últimos 3 meses, ¿ha experimentado cambios en el pensamiento, la memoria o la toma de decisiones? ☐ Sí ☐ No
- c. Si respondiste sí a la pregunta b, ¿esto afecta tu actividad diaria? ☐ Sí ☐ No
- d. ¿Usa productos de tabaco? ☐ Sí ☐ No
- e. Si respondió sí a la pregunta d, ¿le gustaría recibir información educativa para ayudarlo a dejar de consumir tabaco? ☐ Sí ☐ No
- f. ¿Bebe más de dos bebidas alcohólicas al día? ☐ Sí ☐ No
- g. En los últimos 12 meses, ¿ha usado drogas o sustancias ilegales? ☐ Sí ☐ No
- h. Si respondió sí a la pregunta g, ¿le gustaría recibir asistencia para abordar el uso de drogas/sustancias ilegales? ☐ Sí ☐ No
- i. ¿Socializa con otras personas regularmente? ☐ Sí ☐ No
- j. ¿Hace ejercicio regularmente, según su tolerancia? ☐ Sí ☐ No
- k. ¿Actualmente se siente amenazado o que está siendo abusado física, mental o sexualmente? ☐ Sí ☐ No
- l. ¿Experimenta sentimientos de estrés relacionados con su salud, finanzas, relaciones familiares o sociales, trabajo, etc.? ☐ Sí ☐ No
- m. En general, ¿cómo calificaría su salud general? ☐ Excelente/Muy Buena ☐ Buena ☐ Regular ☐ Pobre
- n. En los últimos 3 meses, ¿ha tenido dificultades para cubrir sus gastos de manutención? ☐ Sí ☐ No
- o. En los últimos 12 meses, ¿le preocupó que se le acabara la comida antes de tener dinero para comprar más? ☐ Sí ☐ No
☐ A menudo es cierto ☐ A veces es cierto ☐ Nunca es cierto
- p. En los últimos 12 meses, la comida que compró simplemente no duró y no tuvo dinero para conseguir más.
☐ A menudo es cierto ☐ A veces es cierto ☐ Nunca es cierto
- q. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?
☐ Tengo un lugar fijo para vivir ☐ Tengo un lugar para vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro
☐ No tengo un lugar fijo para vivir (estoy temporalmente con otras personas, en un hotel, en un refugio, viviendo en la calle, en una playa, en un coche, en un edificio abandonado, en una estación de autobús o tren, o en un parque).
- r. ¿Puede pagar sus medicamentos? ☐ Sí ☐ No
- s. ¿Tiene una directriz anticipada o testamento vital? ☐ Sí ☐ No
- t. ¿Cuál es el nivel más alto de educación que completó? ☐ Primaria ☐ Secundaria ☐ Escuela Vocacional ☐ Universidad
- u. ¿Qué tan bien puede leer? ☐ Muy Bien ☐ Bien ☐ No Muy Bien ☐ No puedo leer
- v. ¿Puede acceder y comprender su información de salud electrónicamente? ☐ Sí ☐ No

9. Tratamiento Médico/Vacunaciones

- a. ¿Cuántos medicamentos diferentes toma diariamente? ☐ 1-3 ☐ 4-6 ☐ Más de 6 ☐ Ninguno
- b. ¿Cuándo fue su última vacuna contra la gripe? ☐ Nunca ☐ En los últimos 12 meses ☐ Hace más de 12 meses
- c. Cuándo fue su última vacuna contra la neumonía? ☐ Nunca ☐ Hace menos de 10 años ☐ Hace más de 10 años
- d. ¿Ha recibido las vacunas contra el COVID-19? ☐ Sí ☐ No
- e. Si ha recibido las vacunas contra el COVID-19, ¿está al día con su dosis de refuerzo? ☐ Sí ☐ No