



Su Evaluación de Bienestar Personal

Cuéntenos más sobre usted. Sus respuestas a las preguntas siguientes pueden ayudarnos a asegurar que obtenga la atención que se adapte mejor a sus necesidades. Todo lo que proporcione se mantendrá confidencial de acuerdo con la HIPAA y no cambiará la atención que recibe ahora. Si le gustaría contestar estas preguntas por teléfono, por favor llame a Louisiana Healthcare Connections al 1-866-595-8133 (Pérdida de la audición: 711). Por favor, tenga su tarjeta de seguro con usted, pues necesitaremos su número de identificación de afiliado que se encuentra en la parte del frente de la tarjeta.

*Indica una pregunta obligatoria

Información sobre el afiliado

*Nombre del afiliado (apellido, primer nombre)

*Identificación del afiliado

*Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

*Número telefónico de preferencia

*Dirección de correo electrónico

En general, ¿cómo calificaría su salud?

 Excelente Muy buena Buena Regular Mala No estoy seguro(a)

¿Tiene un médico o proveedor de atención de la salud?

 Sí No No estoy seguro(a)

¿Cuántas veces ha estado en el hospital en los últimos 3 meses?

 Ninguna Una vez Dos veces Tres o más veces No estoy seguro(a)

¿Cuántas veces ha estado en el Departamento de Emergencia en los últimos 3 meses?

 Ninguna Una vez Dos veces Tres o más veces No estoy seguro(a)

*¿Alguna vez le ha dicho un médico o proveedor de atención de la salud que tiene cualquiera de estos padecimientos?

 Sí No No estoy seguro(a) (Si contesta sí, marque todo lo que corresponda)

<input type="checkbox"/> Artritis	<input type="checkbox"/> Diabetes	<input type="checkbox"/> Asma	<input type="checkbox"/> Cáncer	<input type="checkbox"/> Enfermedad de riñón crónica	<input type="checkbox"/> EPOC/Enfisema
<input type="checkbox"/> Tipo 1 Colesterol alto	<input type="checkbox"/> Diabetes Tipo 2	<input type="checkbox"/> Pre-Diabetes	<input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca	<input type="checkbox"/> Hepatitis	<input type="checkbox"/> Presión sanguínea alta
<input type="checkbox"/> VIH	<input type="checkbox"/> Discapacidad del aprendizaje	<input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (no el rasgo)	<input type="checkbox"/> Derrame cerebral	<input type="checkbox"/> Trasplante	

¿Tiene cualquier otro padecimiento que no aparezca en la lista anterior?

¿Cuántos medicamentos toma actualmente que le recetó su médico o proveedor de atención de la salud?

 0 Recetas 1-3 Recetas 4-7 Recetas 8 Recetas o más No estoy seguro(a)

**Durante los últimos dos meses, ¿ha residido en vivienda estable de su propiedad, que renta o en la que se queda como parte de un hogar?

 Sí No No estoy seguro(a)

En el último mes, ¿a menudo ha sentido molestias por sentir tristeza, depresión o desesperanza?

 Sí No No estoy seguro(a) Sí No No estoy seguro(a)

Información general

*Fecha en que se completó la evaluación (MMDDAAAA)

*La evaluación fue completada por (Nombre)

*Relación con el afiliado

 Afiliado Representante del afiliado con permiso Padre/Madre/Tutor Otro

**Reimpreso con permiso del titular del copyright, American Public Health Association. Montgomery AE, Fargo JD, Byrne TH, Kane V, Culhane DP. Universal screening for homelessness and risk for homelessness in the Veterans Health Administration (Evaluación universal de la indigencia y el riesgo de la indigencia en la Administración de Salud de Veteranos). American Journal of Public Health. 2013; 103 (S2): S201-S211. Se obtuvo el permiso.