HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

Formulario de la Encuesta de Salud

¡Bienvenido a Health Plan of Nevada! Haremos lo mejor posible para mantenerlo saludable y brindarle atención médica de calidad. **Dedique unos minutos a llenar este formulario.** Queremos poder comunicarnos con usted y conocer sus necesidades especiales de atención de la salud. **Sus beneficios no se reducirán porque usted responda estas preguntas.** Si necesita ayuda para llenar este formulario, llámenos al 1-800-962-8074, de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m.

Los miembros de su familia inscritos en el Programa Medicaid o Nevada Check Up de Health Plan of Nevada son:		
Nombres de los Adultos: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	Fecha de Nacimiento de los Adultos: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____	N.º de Medicaid: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____
Nombre de los Menores: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	Fecha de Nacimiento de los Menores: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____	N.º de Medicaid: 1. _____ 2. _____ 3. _____ 4. _____ 5. _____
Dirección:	Números de Teléfono: Residencial: Laboral: Móvil: Otro:	
Idioma(s) que generalmente hablamos y leemos en casa: ☐ Inglés ☐ Español ☐ Otro *(indíquelo aquí):*		

Responda estas preguntas para ayudarnos a brindarles una mejor atención a usted y a los miembros de su familia que estén inscritos en Health Plan of Nevada: ** Tenga en cuenta que estas respuestas son confidenciales según lo establecen las leyes estatales y federales, y que solamente se usarán para ayudarle con su atención médica.

1. En el último año, ¿usted o alguien de su familia fue admitido para pasar una noche en el hospital?
☐ **No** ☐ **Sí:**

- Nombre de las Personas Admitidas:
  1. _____
  2. _____
  3. _____
- ¿Por qué problema?
  1. _____
  2. _____
  3. _____

2. En el último año, ¿usted o alguien de su familia recibió atención médica en la sala de emergencias de un hospital?
☐ **No** ☐ **Sí:**

- Nombre de las Personas Admitidas:
  1. _____
  2. _____
  3. _____
- ¿Por qué problema?
  1. _____
  2. _____
  3. _____

Llene este formulario y envíelo a nuestro Equipo de Administración de Casos utilizando el sobre con el sello postal prepagado que hemos incluido.
O envíenoslo por correo directamente a: UnitedHealthcare Nevada Market, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89195-8026.

HEALTH PLAN OF NEVADA
A UnitedHealthcare Company

3. ¿Tiene un Médico de Atención Primaria? (Por ejemplo: Obstetra/Ginecólogo o Medicina Familiar)
☐ **No** ☐ **Sí:**
Nombre de su Médico: _____

¿Consulta a este médico por algún problema de atención de la salud en especial? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Marque la casilla correspondiente al problema:
☐ Asma ☐ Cáncer ☐ Otro (indique el problema específico):
☐ Diabetes ☐ Enfermedad Cardíaca

4. ¿Sus hijos tienen un Proveedor de Atención Primaria? (Por ejemplo: Pediatra) ☐ **No** ☐ **Sí:**
Nombre del Médico de su hijo: _____

¿Su hijo consulta a este médico por algún problema de atención de la salud en especial? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Nombre de los hijos con problemas especiales de atención de la salud: _____
Marque la casilla correspondiente al problema:
☐ Asma ☐ Cáncer ☐ Otro (indique el problema específico):
☐ Diabetes ☐ Enfermedad Cardíaca

5. ¿Todos sus hijos están al día con las vacunas? ☐ **No** ☐ **Sí** ☐ **No está seguro**
Si su respuesta es "no" o "no está seguro", escriba los nombres de los hijos que podrían necesitar más vacunas:

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

6. ¿Todos sus hijos recibieron un examen médico de rutina en el último año? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Si su respuesta es "no", escriba los nombres de los hijos que no recibieron un examen médico en el último año:

1. _____ 4. _____
2. _____ 5. _____
3. _____ 6. _____

7. ¿Usted o alguien de su familia está embarazada en estos momentos? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Si su respuesta es "sí", proporcione la siguiente información, inclúyase si corresponde:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha probable de parto: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha probable de parto: _____
Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Fecha probable de parto: _____

8. ¿Está recibiendo servicios dentales actualmente? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Nombre de su Dentista: _____

¿Por qué problema? _____

¿Sus hijos están recibiendo servicios dentales actualmente? ☐ **No** ☐ **Sí:**
Nombre del Dentista de su hijo: _____

Llene este formulario y envíelo a nuestro Equipo de Administración de Casos utilizando el sobre con el sello postal prepagado que hemos incluido.
O envíenoslo por correo directamente a: UnitedHealthcare Nevada Market, PO Box 15645, Las Vegas, NV 89195-8026.