

# Aetna Better Health<sup>®</sup> de Illinois

## Evaluación de riesgos para la salud: Adulto



Tómese unos minutos para completar este formulario. Esto nos ayudará a identificar cualquier necesidad o servicio adicional que pueda requerir. Coloque este formulario lleno en el sobre con franqueo pagado suministrado y envíelo por correo. Si tiene alguna pregunta, llame a Servicios para Miembros al **1-866-329-4701 (TTY: 711)**.

Nombre: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ N.º de identificación de Medicaid: \_\_\_\_\_  
 Dirección: \_\_\_\_\_  
 Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
 N.º de teléfono: \_\_\_\_\_ N.º de celular: \_\_\_\_\_  Sin teléfono  
 Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
1	<b>¿Qué tan bien habla inglés?</b> <input type="checkbox"/> Nada <input type="checkbox"/> No muy bien <input type="checkbox"/> Bien <input type="checkbox"/> Muy bien
2	<b>¿Tiene un médico, médico de cabecera (primary care provider, PCP) o una clínica a la que va cuando está enfermo?</b> <input type="checkbox"/> Sí, solo uno (indique el nombre en la sección de comentarios) <input type="checkbox"/> Más de uno (indique los nombres en la sección de comentarios) <input type="checkbox"/> No, no tengo <b>Comentarios:</b> _____
3	<b>¿Su médico o clínica le da pastillas o medicamentos que debe tomar todos los días?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
4	<b>¿Ha dejado de tomar algunas pastillas o medicamentos y NO se lo ha dicho a su médico?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
5	<b>¿Tiene problemas con los dientes o las encías?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
6	<b>¿Necesita ayuda para encontrar un dentista?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
7	<b>Diría que en general su salud es...:</b> Excelente <input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Buena <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Deficiente

# Aetna Better Health® de Illinois

## Evaluación de riesgos para la salud: Adulto



Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
8	En el último mes, ¿cuántos días se sintió tan mal que no pudo trabajar, cuidarse o divertirse? Número de días
9	En el último mes, ¿cuántos días estuvo triste, estresado, deprimido o tuvo problemas con sentimientos negativos? Número de días
10	¿Ha ido a un médico o a una clínica por problemas de estrés o estado de ánimo o por problemas con las drogas o el alcohol? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
11	¿Cree que lo necesita? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
12	¿Cuántas veces en el último mes tomó más de 4-5 bebidas alcohólicas seguidas? Número de veces

Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
13	<p><b>Un médico o en una clínica me dijeron que tengo lo siguiente: (marque todas las que apliquen a usted)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Actualmente embarazada</li> <li><input type="checkbox"/> TDAH - Problemas de atención o de aprendizaje</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas respiratorios</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de presión arterial</li> <li><input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas</li> <li><input type="checkbox"/> Ansiedad</li> <li><input type="checkbox"/> Asma</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de huesos o articulaciones como artritis, amputación, dolor lumbar crónico, extremidades faltantes</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas intestinales o estomacales como úlceras, diarrea crónica, enfermedad de Crohn.</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad arterial coronaria: enfermedad de los vasos sanguíneos que van al corazón</li> <li><input type="checkbox"/> Cáncer</li> <li><input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar obstructiva crónica</li> <li><input type="checkbox"/> Depresión</li> <li><input type="checkbox"/> Diabetes</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de audición como sordera, aparatos auditivos</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas cardíacos como dolor de pecho, ataques cardíacos, insuficiencia cardíaca</li> <li><input type="checkbox"/> Colesterol alto (hiperlipidemia)</li> <li><input type="checkbox"/> Hipertensión (presión arterial alta)</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de infección como hepatitis, VIH/SIDA o tuberculosis</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas renales como diálisis</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de salud mental como depresión</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas nerviosos o cerebrales como: accidente cerebrovascular, esclerosis múltiple, lesión de la médula espinal o cerebral</li> <li><input type="checkbox"/> Sobrepeso u obesidad</li> <li><input type="checkbox"/> Problemas de visión como cataratas, ceguera</li> <li><input type="checkbox"/> Trasplante (díganos qué tipo en la sección de comentarios)</li> <li><input type="checkbox"/> Control de peso</li> <li><input type="checkbox"/> Otro (indique en la sección de comentarios)</li> </ul> <p><b>Comentarios:</b></p>



Pregunta N.º	Pregunta/Elecciones
14	<p>En una escala del 1 al 10 con 1 = Sin ningún control y 10 = GRAN cantidad de control, ¿siente que tiene control sobre sus problemas de salud o enfermedades?</p> <p>Encierre en un círculo cuánto control tiene: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p>
15	<p>En los últimos 3 meses, me resulta más difícil moverme y desplazarme: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
16	<p>En los últimos 3 meses, me resulta más difícil hablar, pensar o recordar cosas: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
17	<p>En los últimos 6 meses, ¿fue a la sala de emergencias o pasó la noche en el hospital más de dos veces? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
18	<p>¿Cuántas direcciones diferentes ha tenido en los últimos 12 meses?</p> <p><input type="checkbox"/> Solo 1 dirección en el último año    <input type="checkbox"/> 2-3 direcciones</p> <p><input type="checkbox"/> Más de 3    <input type="checkbox"/> Estoy sin hogar o duermo en un refugio en este momento</p>
19	<p>En los últimos 6 meses, ¿usted (o el afiliado) pasó la noche en el hospital por <u>algo que usted o su médico NO PLANIFICARON</u>? (porque su salud empeoró o sufrió una herida grave)</p> <p><input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
20	<p>¿Usa productos de tabaco (cigarrillos, tabaco sin humo como mascada o vaporizador)?</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, no quiero dejar de fumar o reducirlo</p> <p><input type="checkbox"/> Sí, quisiera dejar de fumar o reducirlo</p> <p><input type="checkbox"/> No</p>