

Esta encuesta nos ayudará a entender si tenemos programas especiales disponibles para ayudarlo a alcanzar sus objetivos de salud. Sus respuestas no afectarán su acceso a beneficios y todas las respuestas se mantienen privadas. Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al número de teléfono de Servicios al Miembro que se encuentra en el reverso de su tarjeta de identificación de miembro de WellSense. Complete todas las preguntas que correspondan.

Fecha:	Dirección postal Calle:	N.º de apto.:
	Ciudad:	Estado:

Complete esta encuesta por cada miembro de la familia en este plan de salud. Llame a Servicios al Miembro si necesita copias adicionales.

Nombre de la persona que llena el formulario por cada miembro:

Relación con el miembro 1:

- Yo mismo
- Padre
- Padre adoptivo
- Madre
- Abuelo

Relación con el miembro 2:

- Yo mismo
- Padre
- Padre adoptivo
- Madre
- Abuelo

Información general	Miembro 1	Miembro 2
Nombre del miembro		
N.º de ID del miembro		
Idioma hablado	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Idioma escrito	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Español <input type="checkbox"/> Otro: _____
Raza (Indique hasta dos)		
Origen étnico (Indique hasta dos)		
Mejor número de teléfono		
¿Qué tipo de teléfono es?	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Otro: _____
Mejor dirección de correo electrónico		

Información general	Miembro 1	Miembro 2
¿Cómo le gustaría que nos comuniquemos con usted?	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Otro _____
¿Dónde vive?	<input type="checkbox"/> Soy propietario/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> No tengo hogar <input type="checkbox"/> Me quedo con un familiar/amigo <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Soy propietario/Alquilo <input type="checkbox"/> Refugio <input type="checkbox"/> No tengo hogar <input type="checkbox"/> Me quedo con un familiar/amigo <input type="checkbox"/> Otro _____
¿En cuántos lugares ha vivido en el último año?	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más	<input type="checkbox"/> Uno <input type="checkbox"/> Dos <input type="checkbox"/> Tres o más
¿Se siente seguro en casa?	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí, siempre <input type="checkbox"/> Sí, a veces <input type="checkbox"/> No estoy seguro <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Tiene transporte confiable para ir a las consultas médicas?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces o nunca
¿Está siendo tratado por alguna de estas afecciones? Marque todas las opciones que correspondan.	<input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Demencia/Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Afección física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro _____ Solo para niños <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal	<input type="checkbox"/> Trastorno cerebral adquirido <input type="checkbox"/> Asma <input type="checkbox"/> Cáncer <input type="checkbox"/> Demencia/Enfermedad de Alzheimer <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Enfermedad del corazón <input type="checkbox"/> Hepatitis <input type="checkbox"/> Presión arterial alta <input type="checkbox"/> VIH/SIDA <input type="checkbox"/> Discapacidad intelectual o del desarrollo <input type="checkbox"/> Enfermedad renal <input type="checkbox"/> Enfermedad pulmonar <input type="checkbox"/> Pancreatitis <input type="checkbox"/> Afección física grave (como parálisis cerebral, distrofia muscular, esclerosis múltiple, convulsiones no controladas) <input type="checkbox"/> Enfermedad de células falciformes (sin rasgo) <input type="checkbox"/> Derrame cerebral <input type="checkbox"/> Trasplante <input type="checkbox"/> Otro _____ Solo para niños <input type="checkbox"/> Artritis juvenil <input type="checkbox"/> Problemas del desarrollo <input type="checkbox"/> Síndrome de abstinencia neonatal

Información general	Miembro 1	Miembro 2
¿Está actualmente con antibióticos intravenosos por más de 3 semanas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dolor constante?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si la respuesta es sí, ¿qué tan intenso es el dolor en una escala de 1 a 10 (siendo 10 lo más alto).	Nivel de dolor: _____	Nivel de dolor: _____
¿Alguna vez ha experimentado traumas o abuso? (p. ej., ser herido físicamente, humillado o abusado emocionalmente por otra persona)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si alguna vez ha experimentado traumas o abuso, ¿le gustaría recibir apoyo (p. ej., hablar con un consejero)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien le causa temor o alguien está causándole daño?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien está usando su dinero sin su consentimiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien consume sus medicamentos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguien se lleva sus pertenencias sin su autorización?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Qué tan a menudo en los últimos 3 meses se ha preocupado de que su comida se acabara?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces o nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Pocas veces o nunca
Si completa la evaluación para un menor, ¿su hijo participa en alguno de los siguientes?	<input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en salud <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> Apoyos y servicios tempranos centrados en la familia <input type="checkbox"/> Servicios médicos especiales <input type="checkbox"/> Socios en salud <input type="checkbox"/> Ninguno
¿Está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C

Información general	Miembro 1	Miembro 2
Si la respuesta es sí, ¿hay complicaciones en el embarazo (p. ej., diabetes, presión arterial alta o múltiples)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
¿Se ha usado alcohol, drogas recetadas u otras sustancias durante el embarazo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/C
<p>¿Está siendo tratado por alguna de estas afecciones de salud mental o por consumo de sustancias?</p> <p>Marque todas las opciones que correspondan.</p>	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas por consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otra: ----- <input type="checkbox"/> Ninguna Solo para niños <input type="checkbox"/> Trastorno emocional grave	<input type="checkbox"/> ADHD <input type="checkbox"/> Ansiedad <input type="checkbox"/> Autismo <input type="checkbox"/> Trastorno bipolar <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Trastorno alimenticio (anorexia, bulimia, otro) <input type="checkbox"/> PTSD <input type="checkbox"/> Esquizofrenia <input type="checkbox"/> Enfermedad mental grave <input type="checkbox"/> Problemas por consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Otra: ----- <input type="checkbox"/> Ninguna Solo para niños <input type="checkbox"/> Trastorno emocional grave
¿Bebe bebidas alcohólicas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
En caso afirmativo, ¿alguien le ha dicho que su consumo de alcohol es un problema?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Siente que necesita ayuda con el consumo de drogas o alcohol?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Actualmente consume drogas ilegales (como heroína, cocaína) u otras drogas que no sean recetadas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Ha tenido una sobredosis en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Información general	Miembro 1	Miembro 2
¿Fuma cigarrillos, tabaco sin humo o cigarrillos electrónicos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Le gustaría hablar con alguien sobre dejar de consumir tabaco?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia ha tenido poco interés en hacer cosas?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido deprimido o desesperanzado?	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días	<input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Varios días <input type="checkbox"/> Más de la mitad de los días <input type="checkbox"/> Casi todos los días
¿Le gustaría platicar con alguien sobre servicios de salud mental o consumo de sustancias?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene dificultad para realizar las siguientes actividades por sí mismo? Marque todas las opciones que correspondan.	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla y pararse <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Manejar dinero <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos según lo recetado <input type="checkbox"/> Realizar tareas domésticas <input type="checkbox"/> Hacer compras <input type="checkbox"/> No corresponde debido a la edad del miembro	<input type="checkbox"/> Bañarse <input type="checkbox"/> Vestirse <input type="checkbox"/> Caminar <input type="checkbox"/> Comer <input type="checkbox"/> Usar el baño <input type="checkbox"/> Sentarse en una silla y pararse <input type="checkbox"/> Preparar comidas <input type="checkbox"/> Manejar dinero <input type="checkbox"/> Tomar los medicamentos según lo recetado <input type="checkbox"/> Realizar tareas domésticas <input type="checkbox"/> Hacer compras <input type="checkbox"/> No corresponde debido a la edad del miembro
Si tiene 65 años o más, ¿con qué frecuencia se siente demasiado cansado para realizar actividades básicas (por ejemplo, comer, ducharse, vestirse)?	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Siempre <input type="checkbox"/> La mayoría de las veces <input type="checkbox"/> Algunas veces <input type="checkbox"/> Nunca

Información general	Miembro 1	Miembro 2
Si tiene 65 años o más, ¿tiene alguna dificultad para subir 10 pasos sin descansar (solo y sin usar ayuda)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si tiene 65 años o más, ¿se ha caído o ha estado por caerse en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha acudido a la sala de emergencias 3 veces o más en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha tenido un intento de suicidio en los últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha estado hospitalizado por más de 2 semanas en los últimos 3 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
En caso afirmativo, ¿fue por un nuevo bebé en la NICU (unidad de cuidados intensivos neonatales)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Ha sido liberado de la cárcel o de la prisión en los últimos 6 meses?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Prefiero no responder
¿Le gustaría que un administrador de atención se comunique con usted para ayudarle con sus inquietudes de salud, recursos comunitarios u otras preguntas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

Gracias por tomarse el tiempo para responder estas preguntas.

¿Hay algo más que crea que deberíamos saber sobre usted, su hijo o su familia?

Envíe la encuesta completada a:

Well Sense Health Plan
 Attn: Central Processing
 1155 Elm Street, Suite 500
 Manchester, NH 03101

