



HNE Be Healthy® HNA o Evaluación de Necesidades de Salud

FAVOR DE TOMAR UNOS MINUTOS PARA COMPLETER ESTA ENCUESTA

Su evaluación de la salud ayudará a HNE Be Healthy® a proporcionar mejores servicios de salud y a coordinar el cuidado que usted recibe. Esta información es privada. Sus respuestas no afectarán sus beneficios de MassHealth/Medicaid.

INSTRUCCIONES DE LA ENCUESTA:

1. Favor de completar un formulario de evaluación por cada nuevo miembro.
2. Usted necesitará tener a mano:
 - a. Su número de membresía de HNE Be Healthy®
 - b. Los nombres, números de teléfono y direcciones de su doctor o enfermera
3. Conteste todas las preguntas marcando la casilla Sí No No estoy seguro(a), o llenando su respuesta en el espacio proporcionado.
4. A veces tendrá que omitir algunas preguntas en esta encuesta. Cuando esto ocurra, usted verá una nota que le indica cual es la siguiente pregunta a responder.
5. Esta encuesta le tomará aproximadamente 10 minutos para completar.
6. Favor use el sobre de envío incluido y devolver a: One Monarch Place, Suite 1500, Springfield MA 01144.

Gracias por tomarse el tiempo para llenar este formulario de evaluación. HNE Be Healthy® revisará sus respuestas para determinar si existen programas de administración de cuidado, materiales educativos u otros recursos que le puedan resultar útiles. Si usted tiene alguna pregunta sobre esta evaluación, favor de llamar a la línea de Servicio al Cliente al 413.788.0123 o 800.786.9999 (TTY: 800.439.2730).

INFORMACIÓN PERSONAL

Nombre de la persona llenando esta encuesta:

Nombre del miembro (Apellido, Nombre, Inicial)	Número de membresía de MassHealth HNE Be Healthy®	Fecha de nacimiento: / /	Género <input type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino
Dirección (número y calle)	Ciudad	Estado	Código Postal

Número de teléfono:

Hogar (_____) _____ Celular (_____) _____ Trabajo (_____) _____

Correo electrónico:

Relación de la persona llenando este formulario:

Mismo Padre/Madre Esposo(a)/Pareja Familia o Pariente Cuidador Profesional Representante Autorizado

INFORMACIÓN SOBRE USTED

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
<p>1. ¿Hay otros números de teléfono para HNE Be Healthy® ponerse en contacto con usted acerca de sus necesidades de salud? Si la respuesta es sí, por favor incluya el código de área.</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p> <input type="radio"/> Hogar (____)_____</p> <p> <input type="radio"/> Celular (____)_____</p> <p> <input type="radio"/> Trabajo (____)_____</p> <p> Mejor hora para llamar: <input type="radio"/> AM <input type="radio"/> PM</p>
<p>2. Idioma de preferencia (hablado)</p>				<p> <input type="radio"/> Inglés <input type="radio"/> Español <input type="radio"/> Otro</p> <p>Si otro, favor de identificar/ser específico:</p> <p>_____</p>
<p>3. ¿Está usted actualmente sin hogar y/o no tiene una situación de vida estable?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>4. ¿Usted tiene problemas auditivos?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<p>5. ¿Está usted actualmente recibiendo servicios de alguna de las siguientes agencias estatales?</p>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si la respuesta es sí, favor marque todas las que apliquen.</p> <p> <input type="radio"/> Massachusetts Commission for the Blind</p> <p> <input type="radio"/> Massachusetts Commission for the Deaf and Hard of Hearing</p> <p> <input type="radio"/> Massachusetts Rehabilitation Commission</p> <p> <input type="radio"/> Department of Mental Health</p> <p> <input type="radio"/> Department of Developmental Services</p> <p> <input type="radio"/> Division of Children and Families</p> <p> <input type="radio"/> Special Education</p> <p> <input type="radio"/> Early Intervention Program</p> <p> <input type="radio"/> Otro</p>

INFORMACIÓN SOBRE SU SALUD

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
6. ¿Cómo describiría usted su salud en estos momentos?				<input type="radio"/> Excelente <input type="radio"/> Muy Bien <input type="radio"/> Bien <input type="radio"/> Mal
7. ¿Usted tiene problema haciendo alguna de las siguientes cosas debido a su salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/> Caminar varias cuadras sin parar <input type="radio"/> Cocinar <input type="radio"/> Comer <input type="radio"/> Bañarse/Ducharse <input type="radio"/> Dormir <input type="radio"/> Hacer trabajos livianos en su casa, como limpiar <input type="radio"/> Hacer su trabajo o estudiar <input type="radio"/> Hacer ejercicios o jugar
8. ¿Está usted tomando algún medicamento de receta regularmente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si la respuesta es sí, ¿cuántos medicamentos está tomando actualmente?</p> <input type="radio"/> 1-2 <input type="radio"/> 3-4 <input type="radio"/> Más de 4 medicamentos
				<p>Por favor liste los medicamentos que toma actualmente</p> <hr/> <hr/>
9. ¿Está usted embarazada? (si no, pase a la pregunta #12)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si su respuesta es sí, ¿cuándo darás a luz? (Fecha estimada para el nacimiento del bebe)</p> <p>___/___/___</p>
10. Si usted esta embarazada, tiene usted un ginecólogo, médico, enfermera, o comadrona quien le esté brindando cuidados durante su embarazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si su respuesta es sí, nombre del proveedor:</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número de teléfono: (____) _____</p>
11. Si usted está embarazada, ¿tiene alguna inquietud acerca de su embarazo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si la respuesta es sí, ¿le gustaría hablar con un administrador de atención prenatal?</p> <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
12. En los últimos 12 meses, ¿recibió atención en una sala de emergencias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<p>Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces?</p> <input type="radio"/> 1-3 veces <input type="radio"/> 4-6 veces <input type="radio"/> Más de 6 veces
13. En los últimos 12 meses, ¿se ha quedado alguna noche en el hospital?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
19. ¿Necesita usted ayuda con el manejo de su condición de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿le gustaría hablar con un administrador de atención médica? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
20. ¿Necesita usted ayuda con el transporte a la oficina del doctor o una clínica?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, algunos miembros pueden ser elegibles para asistencia de transporte. Por favor llame a Servicios de Miembro de HNE para obtener más información.

INFORMACIÓN SOBRE LA SALUD Y SU ESTILO DE VIDA

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
21. En el último mes, ¿se ha sentido usted triste o deprimido?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? <input type="radio"/> Todo el tiempo <input type="radio"/> La mayoría de las veces <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Muy pocas veces
22. En el último mes, ¿tiene usted la energía suficiente para hacer lo que necesita para el trabajo, la escuela o el hogar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? <input type="radio"/> Todo el tiempo <input type="radio"/> La mayoría de las veces <input type="radio"/> Algunas veces <input type="radio"/> Muy pocas veces
23. ¿Usted hace ejercicios con regularidad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿cuántas veces a la semana hace ejercicios? <input type="radio"/> 1-2 veces a la semana <input type="radio"/> 3-5 veces a la semana <input type="radio"/> Más de 6 veces a la semana
24. ¿Usted consume productos de tabaco?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿le gustaría información escrita acerca de cómo dejar de fumar o usar productos de tabaco? <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No
25. ¿Usted bebe alcohol?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia usted bebe alcohol? <input type="radio"/> 1-2 veces a la semana <input type="radio"/> 3-5 veces a la semana
26. ¿Usted se abrocha el cinturón de seguridad?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
27. Si tiene hijos menores de 8 años en su casa, ¿utiliza asiento de seguridad para sus hijos mientras conduce?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, ¿con qué frecuencia? <input type="radio"/> Siempre <input type="radio"/> A veces <input type="radio"/> Nunca
28. ¿Le gustaría obtener información sobre otros temas de salud?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	Si la respuesta es sí, por favor indique los temas de salud que le interesa. _____ _____ _____

INFORMACIÓN SOBRE SU RAZA Y GRUPO ÉTNICO

PREGUNTA	SÍ	NO	NO ESTOY SEGURO(A)	RESPUESTA ADICIONAL
29. ¿Cómo describirías tu raza? Por favor, marque todas las que aplican.				<input type="radio"/> Nativo Americano o Nativo de Alaska <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Negro o Afro Americano <input type="radio"/> Hispano <input type="radio"/> Nativo de Hawái u otro "Pacific Islander" <input type="radio"/> Blanco/Anglo <input type="radio"/> Otra Raza <input type="radio"/> No especificado
30. ¿Cómo describiría su origen étnico? Por favor, marque todas las que aplican.				<input type="radio"/> Africano <input type="radio"/> Afro Americano <input type="radio"/> Americano <input type="radio"/> Asiático <input type="radio"/> Brazilian <input type="radio"/> Cabo Verdiano <input type="radio"/> Cambodiano <input type="radio"/> Caribeño <input type="radio"/> Centro Americano (No especificado aquí) <input type="radio"/> Chino <input type="radio"/> Colombiano <input type="radio"/> Coreano <input type="radio"/> Cubano <input type="radio"/> Dominicano <input type="radio"/> Europeo <input type="radio"/> Europeo de Este <input type="radio"/> Filipino <input type="radio"/> Guatemalteco <input type="radio"/> Haitiano <input type="radio"/> Hondureño <input type="radio"/> Indio Asiático <input type="radio"/> Japonés <input type="radio"/> Laosiano <input type="radio"/> Mexicano, Mexicano Americano, Chicano <input type="radio"/> Portugués <input type="radio"/> Puertorriqueño <input type="radio"/> Ruso <input type="radio"/> Salvadoreño <input type="radio"/> Sud Americano (No especificado aquí) <input type="radio"/> Vietnamita <input type="radio"/> Otro <input type="radio"/> No Especificado