

# Evaluación de salud de Clover

Queremos ayudarlo a estar lo más saludable posible con un servicio de atención médica pensado para usted. Complete esta encuesta y envíela en el sobre adjunto con franqueo pagado. Si es un miembro nuevo y ya completó esta encuesta cuando se inscribió en Clover, no es necesario que la complete nuevamente. También puede completar esta encuesta por teléfono llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711) de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana\*.

<b>Nombre:</b>		<b>Apellido:</b>									
<b>N.º de ident. de miembro de Clover:</b>		C	P								
<b>Fecha de nacimiento:</b> (mm/dd/aaaa)				/			/				
<b>Fecha de hoy:</b> (mm/dd/aaaa)				/			/				
<b>1. Si necesitamos comunicarnos con usted con urgencia, ¿cuál es el mejor método para hacerlo? (seleccione todas las respuestas que correspondan)</b>											
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Mensaje de texto											
<input type="checkbox"/> Otro: _____											
<b>2. ¿Cuál es el mejor horario del día para contactarlo? (elija una opción)</b>											
<input type="checkbox"/> Por la mañana (de 8am a 12pm) <input type="checkbox"/> Por la tarde (de 12pm a 4pm)											
<input type="checkbox"/> Por la noche (de 4pm a 8pm)											
<b>3. ¿Tiene un número de teléfono móvil? (complete a continuación si tiene)</b>											
[ ][ ][ ] - [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ][ ]											
Si tiene un teléfono móvil, Clover desearía enviarle mensajes de texto automatizados con recordatorios sobre su salud, como resurtido de medicamentos y próximas citas. Elegir o rechazar la recepción de estos mensajes no afectará sus beneficios del plan de salud y puede optar por dejar de recibirlos en cualquier momento. ¿Le gustaría recibir estos mensajes de Clover al número proporcionado?											
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Quizá											



**11. ¿Fuma actualmente o fumó en el pasado? (elija una opción)**  
 Fumador actual       Ex fumador       Nunca fumó

---

**12. ¿Con qué frecuencia realiza actividad física? (elija una opción)**  
 Nunca     Una vez por mes     Una vez por semana  
 Varias veces por semana

---

**13. ¿Con qué frecuencia consume bebidas con alcohol? (elija una opción)**  
 Nunca               Una vez por mes o menos       De 2 a 4 veces por mes  
 De 2 a 3 veces por semana       4 o más veces por semana

---

**14. ¿Cómo calificaría su salud física AHORA en comparación con un año atrás? (elija una opción)**  
 Mucho mejor               Un poco mejor               Igual  
 Un poco peor               Mucho peor

---

**15. ¿Lo limita su salud a realizar actividades moderadas, como mover una mesa, usar una aspiradora, jugar bolos o golf? Si lo limita, ¿en qué medida lo hace? (elija una opción)**  
 Sí, me limita mucho     Sí, me limita un poco     No, no me limita en absoluto

---

**16. ¿Utiliza algunos de los siguientes elementos para caminar o moverse? (seleccione todas las respuestas que correspondan)**  
 Muletas     Andador     Bastón     Silla de ruedas     Escúter  
 Otro: (describa) \_\_\_\_\_  
 Ninguna de las anteriores

---

**17. En el último año, ¿cuántas veces ha sufrido caídas? (complete con un dígito por casilla)**  

--	--

---

**18. ¿Necesita ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades? (seleccione todas las respuestas que correspondan)**  
 Alimentarse                               Usar el baño  
 Bañarse o ducharse                       Vestirse o desvestirse  
 Levantarse de la cama y sentarse       Caminar dentro de su casa  
 Ninguna de las anteriores

**19. ¿Cómo calificaría su salud emocional (sensación de ansiedad o depresión) ahora en comparación con un año atrás? (elija una opción)**

- Mucho mejor       Un poco mejor       Igual  
 Un poco peor       Mucho peor

**20. En las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia el dolor le impidió participar en actividades sociales? (elija una opción)**

- Nunca     Rara vez     A veces     Con frecuencia     Siempre

**21. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia tuvo dificultades para pensar o recordar? (elija una opción)**

- Nunca     Rara vez     Con poca frecuencia     A veces  
 Con frecuencia     Siempre

**22. En las últimas 4 semanas ¿con qué frecuencia se sintió triste o deprimido? (elija una opción)**

- Nunca     Rara vez     Con poca frecuencia     A veces  
 Con frecuencia     Siempre

**23. En las últimas 4 semanas, ¿había alguien disponible para ayudarlo si necesitaba o deseaba recibir ayuda? (elija una opción)**

Por ejemplo, si se sentía nervioso, solo o triste; se enfermó y tuvo que permanecer en cama; necesitó a alguien con quien hablar; necesitó ayuda para los quehaceres diarios; o si necesitó ayuda para cuidarse a usted mismo.

- Sí, siempre que la necesité     Sí, bastante     Sí, un poco  
 Sí, algo     No, en absoluto

**24. En el último año, ¿recibió tratamiento por alguna de las siguientes condiciones médicas? (seleccione todas las respuestas que correspondan)**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada (hipertensión)  | <input type="checkbox"/> Enfermedad renal          |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto  | <input type="checkbox"/> Accidente cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes   | <input type="checkbox"/> Artritis                  |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad cardíaca (ataque cardíaco, insuficiencia cardíaca congestiva [congestive heart failure, CHF], angina de pecho)                | <input type="checkbox"/> Dolor crónico             |
| <input type="checkbox"/> Ritmo cardíaco irregular (fibrilación auricular)   | <input type="checkbox"/> Cáncer                    |
| <input type="checkbox"/> Enfermedades pulmonares (enfermedad pulmonar obstructiva crónica [chronic obstructive pulmonary disease, COPD], enfisema pulmonar, asma) | <input type="checkbox"/> Demencia                  |
|   | <input type="checkbox"/> Depresión o ansiedad      |

**25. ¿Cuántos médicos diferentes visitó en el último año?**

(complete con un dígito por casilla)

--	--

**26. ¿Cuántas veces acudió a la sala de emergencias o al hospital en el último año?** (complete con un dígito por casilla)

--	--

**27. ¿Cuántos tipos de medicamentos diferentes toma actualmente a diario?** (complete con un dígito por casilla)

--	--

**28. ¿Con qué frecuencia puede tomar sus medicamentos según lo indicado por su médico?** (elija una opción)

- Siempre los tomo según lo indicado
- A veces los tomo según lo indicado
- Rara vez los tomo según lo indicado
- No tomo medicamentos.

**29. ¿Qué nivel de confianza tiene en usted mismo para controlar y manejar sus problemas de salud?** (elija una opción)

- Muy confiado
- Algo confiado
- No muy confiado
- No tengo ningún problema de salud

**30. ¿Alguien lo ayudó a completar este formulario?**

- No, lo completé solo
- Sí, me ayudó un amigo, familiar o cuidador

**Gracias por responder la encuesta. Envíela lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llámenos al 1-888-657-1207 (TTY 711)\*.**

\*Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se usarán tecnologías alternativas (por ejemplo, correo de voz) los fines de semana y los días feriados.