



Encuesta de evaluación de salud

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. También puede completar esta encuesta en línea en cloverhealth.com/hra o por teléfono llamando al 1-888-657-1207 (TTY 711) de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana*.

Nombre:	Apellido:
Núm. de identificación de miembro de Clover Health:	<input type="text" value="C"/> <input type="text" value="P"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Fecha de hoy (mm/dd/aaaa): <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
1. ¿Tiene un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico? (Si tiene, complete a continuación)	
Teléfono móvil: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Dirección de correo electrónico: _____ @ _____ . _____	
<p><i>Al proporcionar su dirección de correo electrónico y su(s) número(s) de teléfono, usted brinda su consentimiento para recibir información de forma electrónica relacionada con su membresía con Clover Health (por ejemplo, información sobre beneficios), los programas y los servicios que se ofrecen (por ejemplo, materiales con información educativa de salud, recordatorios) y materiales de comercialización y otras comunicaciones (por ejemplo, boletines informativos, encuestas).</i></p> <p><i>Las comunicaciones relacionadas con su membresía con Clover o su atención médica pueden incluir correos electrónicos, llamadas automáticas, mensajes de voz electrónicos o pregrabados o mensajes de texto. Puede elegir no recibir estos tipos de comunicaciones en cualquier momento, haciendo clic en el enlace "opt out" ("dejar de recibir comunicaciones") en cualquiera de los mensajes de correo electrónico, o poniéndose en contacto con Clover o respondiendo con la palabra STOP a un mensaje de texto. También puede solicitar una copia impresa de cualquier material que Clover le envíe de forma electrónica.</i></p>	
2. ¿Cuál es el mejor método para contactarlo? (Marque todas las opciones que correspondan)	
<input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Mensaje de texto <input type="checkbox"/> Correo postal <input type="checkbox"/> Otro: _____	
3. ¿Cuál es el mejor momento del día para contactarlo? (Elija una opción)	
<input type="checkbox"/> A la mañana (desde la 8am hasta el mediodía) <input type="checkbox"/> A la tarde (desde el mediodía hasta las 4pm) <input type="checkbox"/> A la noche (desde las 4pm a las 8pm)	
4. ¿Tiene un contacto de emergencia, alguien que le ayude con su atención médica?	
Nombre: _____	Número de teléfono: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
¿Cuál es su relación con usted? <input type="checkbox"/> Familiar <input type="checkbox"/> Amigo/a <input type="checkbox"/> Otro: _____	
<p><i>No nos comunicaremos con esta persona para hablar de su salud a menos que usted nos otorgue autorización para hacerlo. Si desea otorgarnos autorización permanente para hablar con esta persona, complete el formulario de autorización de un representante (puede encontrarlo en: cloverhealth.com/aor) o puede llamar al 1-888-657-1207 para obtener ayuda.</i></p>	

5. ¿Qué lo motiva a mantenerse saludable? (Responda a continuación)

6. ¿Qué inquietudes tiene acerca de mantenerse saludable en este momento? (Seleccione todas las respuestas que correspondan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> No contar con un buen sistema de apoyo | <input type="checkbox"/> No tener transporte |
| <input type="checkbox"/> No ser capaz de tener acceso a o de obtener mi atención médica (recetas, copagos, etc.) | <input type="checkbox"/> No tener el equipo que necesito para estar seguro/a (andador, inodoro portátil, agarraderas, etc.) |
| <input type="checkbox"/> No ser capaz de poder pagar mi vivienda o las facturas de servicios públicos | <input type="checkbox"/> Otro: _____
_____ |

7. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor el lugar en el que vive? (Elija una opción)

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Casa privada | <input type="checkbox"/> Apartamento privado | <input type="checkbox"/> Residencia de vivienda asistida |
| <input type="checkbox"/> Hogar para personas mayores | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Sin hogar |

8. ¿Con quién vive? (Seleccione todas las respuestas que correspondan)

- | | | |
|--------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Vivo solo/a | <input type="checkbox"/> Cónyuge o compañero/a | <input type="checkbox"/> Otro familiar |
| <input type="checkbox"/> Amigo(s) | <input type="checkbox"/> Cuidador(es) contratado(s) | |

9. En general, diría que su salud es: (Elija una opción)

- | | | | | |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Excelente | <input type="checkbox"/> Muy buena | <input type="checkbox"/> Buena | <input type="checkbox"/> Regular | <input type="checkbox"/> Mala |
|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|-------------------------------|

10. ¿Fuma actualmente o fumó en el pasado? (Elija una opción)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Fumo actualmente | <input type="checkbox"/> Fumé en el pasado | <input type="checkbox"/> Nunca he fumado |
|---|--|--|

11. ¿Aproximadamente con qué frecuencia hace ejercicio? (Elija una opción)

- | | | | |
|--------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una vez al mes | <input type="checkbox"/> Una vez a la semana | <input type="checkbox"/> Más de una vez a la semana |
|--------------------------------|---|--|---|

12. ¿Con qué frecuencia consume bebidas con alcohol? (Elija una opción)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Nunca | <input type="checkbox"/> Una vez por mes o menos | <input type="checkbox"/> 2-4 veces por mes |
| <input type="checkbox"/> 2-3 veces por semana | <input type="checkbox"/> 4 o más veces por semana | |

13. ¿Su salud limita que realice actividades moderadas, como mover una mesa, pasar una aspiradora, jugar a los bolos o jugar al golf? Si la respuesta es sí, ¿en qué medida? (Elija una opción)

Sí, me limita mucho

Sí, me limita un poco

No, no me limita

14. ¿Utiliza algunos de los siguientes elementos para movilizarse? (Seleccione todas las respuestas que correspondan)

Muletas

Andador

Bastón

Silla de ruedas

Escúter de movilidad

Otro (describir): _____

Ninguna de las anteriores

15. ¿Cuántas veces se ha caído en el último año?

(Complete con un dígito por casilla)

--	--

16. ¿Necesita la ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades?

(Seleccione todas las respuestas que correspondan)

Alimentarse

Tomar sus medicamentos

Usar el baño

Ducharse o tomarse un baño

Ponerse o quitarse la ropa

Levantarse de la cama y sentarse en una silla

Caminar hasta su hogar

Ir a hacer las compras, buscar sus medicamentos con receta, etc.

Ninguna de las anteriores

17. En las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le han molestado algunos de los siguientes problemas?

¿Ha tenido poco interés o satisfacción en hacer cosas en las últimas 2 semanas?

No, en absoluto

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

¿Se ha sentido triste, deprimido/a o sin esperanzas en las últimas 2 semanas?

No, en absoluto

Varios días

Más de la mitad de los días

Casi todos los días

18. ¿Con qué frecuencia en las últimas 4 semanas ha tenido problemas para pensar o recordar?

(Elija una opción)

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Siempre

19. ¿Durante las últimas 4 semanas, con qué frecuencia hubo alguien disponible para ayudarle en caso de que necesitara ayuda?

Por ejemplo, si...

- estuvo enfermo/a y tenía que quedarse en cama

- necesitaba a alguien con quien hablar

- necesitaba ayuda con las tareas diarias (Elija una opción a continuación)

Nunca

Casi nunca

A veces

A menudo

Siempre

20. En el último año, ¿recibió tratamiento por alguna de las siguientes afecciones? (Seleccione todas las respuestas que correspondan)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Presión arterial elevada (hipertensión) | <input type="checkbox"/> Enfermedades de los riñones |
| <input type="checkbox"/> Colesterol alto | <input type="checkbox"/> Derrame cerebral |
| <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 |

21. ¿Cuántos médicos diferentes ha visto en el último año?

(Complete con un dígito por casilla)

22. ¿Cuántas veces ha ido a la sala de emergencias o al hospital en el último año?

(Complete con un dígito por casilla)

23. ¿Cuántos tipos de medicamentos diferentes consume a diario actualmente?

(Complete con un dígito por casilla)

24. ¿Con qué frecuencia puede tomar sus medicamentos según lo indicado por su médico?

(Elija una opción)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Siempre los tomo según lo indicado. | <input type="checkbox"/> A veces los tomo según lo indicado. |
| <input type="checkbox"/> Rara vez los tomo según lo indicado. | <input type="checkbox"/> No tengo que tomar medicamentos recetados. |

25. ¿Qué nivel de confianza tiene en usted mismo para controlar y manejar la mayoría de sus problemas de salud? (Elija una opción)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mucha confianza | <input type="checkbox"/> Algo de confianza |
| <input type="checkbox"/> No mucha confianza | <input type="checkbox"/> No tengo ningún problema de salud. |

26. ¿Le gustaría obtener ayuda para encontrar un médico de atención primaria (un médico principal que coordine su atención)?

- Sí No

27. ¿Alguien le ayudó a completar este formulario?

- No, lo completé solo/a Sí, lo completé con la ayuda de un amigo, familiar o cuidador

Gracias por responder la encuesta. Envíenosla lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-888-657-1207 (TTY 711), de 8am a 8pm (hora local), los 7 días de la semana*.

*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.