

Usted recibe este formulario porque se inscribió en Health Plan of San Joaquin. Su nuevo plan utilizará este formulario para asegurarse de que reciba la atención necesaria.

Por favor, marque el círculo para las respuestas que aplican a usted. Complete un formulario para cada persona de su familia que se esté inscribiendo en Health Plan of San Joaquin.

Si tiene alguna pregunta, llame al Health Plan de San Joaquin al **888.936.7526, TTY/TDD 711** de lunes a viernes, de 8 AM a 5 PM.

Devuelva este formulario completado en el sobre prepagado a:

Health Plan of San Joaquin
ATTN: CARE MANAGEMENT DEPARTMENT
7751 S. Manthey Road, French Camp, CA
95231

Completar este formulario es voluntario. No se le negará la atención basada en sus respuestas confidenciales.

Número de ID de miembro: _____ **Número de teléfono:** _____

Nombre de miembro : _____

Fecha de nacimiento: _____

1. ¿Debe ver a un doctor dentro de los siguientes 60 días? Sí No
 - a. ¿Ya vio a su doctor? Sí No
2. ¿Toma 3 o más medicamentos recetados al día? Sí No
3. ¿Ve a su doctor por un problema de salud mental, como cambios de humor o de comportamiento, o falta de interés en relacionarse con los demás? Sí No
4. ¿Ha acudido a la sala de emergencias dos veces o más en los últimos 12 meses?.. Sí No
5. ¿Ha sido admitido en el hospital en los últimos 12 meses? Sí No
6. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, vestirse o cambiarse el vendaje en los últimos 6 meses?..... Sí No
7. ¿Utiliza suministros médicos, como una cama de hospital, silla de ruedas, andador, oxígeno o bolsas de ostomía? Sí No
8. ¿Padece de alguna condición que limite sus actividades o lo que puede hacer?..... Sí No
9. ¿Está usted embarazada? Sí No
 - a. Si la respuesta es sí, ¿actualmente, visita a un doctor para este embarazo? Sí No
10. ¿Visita regularmente a un doctor para una condición médica crónica? Sí No
 - a. Si la respuesta es sí, complete todos los que correspondan:

<input type="radio"/> Asma	<input type="radio"/> Cáncer	<input type="radio"/> Fibrosis quística	<input type="radio"/> Diabetes
<input type="radio"/> Problemas cardíacos	<input type="radio"/> Hepatitis	<input type="radio"/> Presión arterial alta (hipertensión)	<input type="radio"/> VIH o SIDA
<input type="radio"/> Enfermedad renal	<input type="radio"/> Convulsiones	<input type="radio"/> Anemia de las células falciformes	<input type="radio"/> Tuberculosis

Si considera que debe ver a un doctor antes de que HPSJ se comunice con usted, debe ir al doctor u hospital.

Firma: _____

Fecha: _____