

Formulario de evaluación de salud personal de Healthy Blue

Gracias por elegir Healthy Blue. Este formulario de información médica ayudará a sus médicos y a nosotros a brindarle a su hijo(a) la mejor atención posible.

Responda las siguientes preguntas lo mejor que pueda. Una vez que complete el formulario, envíe el formulario a la siguiente dirección:

Healthy Blue
ATTN: Quality Director, AX-310
PO Box 100317
Columbia, SC 29202-3317

O bien, envíelo por fax al 803-870-6510.

Si tiene preguntas sobre este formulario, llame a Servicio al cliente al 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.

¡Por llenar este formulario puede obtener una recompensa de \$20 a través de nuestro programa Healthy Rewards! Para conocer cómo inscribirse en el programa Healthy Rewards y empezar a obtener recompensas por realizar otras actividades de salud, visite www.HealthyBlueSC.com.

Sección 1: Información del miembro

Apellido Nombre

Fecha de nacimiento Número de teléfono Número de identificación de miembro de Healthy Blue

Dirección de correo electrónico

Dirección

Ciudad, estado y código postal

Sección 2: Información adicional

¿Su hijo(a) es hispano o latino?

- Sí
 No
 Prefiero no decirlo

¿Cuál es la raza de su hijo(a)?

- Indio americano o nativo de Alaska
 Asiático
 Negro o afroamericano
 Hispano

- Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico
- Blanco
- Otra raza

¿Cuántos años tiene su hijo(a)?

- Menos de 1 año
- De 1 a 6 años
- De 7 a 13 años
- De 14 a 17 años

¿Quién completa este formulario? ¿Cuál es su relación con el(la) niño(a)?

- Madre
- Padre
- Abuela
- Abuelo
- Tutor legal
- Uno mismo
- Otro

¿Cuál es el sexo de nacimiento de su hijo(a) o el que aparece en su certificado de nacimiento original?

- Masculino
- Femenino
- Prefiero no responder

¿Con qué sexo se identifica su hijo(a)?

- Masculino
- Femenino
- Hombre transgénero/hombre trans/mujer a hombre
- Mujer transgénero/mujer trans/hombre a mujer
- Género no binario, ni exclusivamente masculino ni femenino
- Categoría de género adicional/otro: _____
- Prefiero no responder
- No lo sé

¿Su hijo(a) tiene una orientación sexual que desearía que conociéramos para poder abordar su salud de una manera personalizada?

- Heterosexual
- Lesbiana, gay u homosexual
- Bisexual
- Otro
- Prefiero no divulgar
- No lo sé

¿Con qué idioma se siente más cómodo para leer y hablar?

- Inglés
- Español
- Otro

¿Cuánto mide su hijo(a) sin zapatos (en pulgadas)? _____

¿Cuánto pesa su hijo(a) (en libras)? _____

¿Conoce el índice de masa corporal (IMC) de su hijo(a)? _____

En general, ¿cómo está la salud de su hijo(a)?

- Excelente
- Muy buena
- Bien
- Regular
- Mala

¿Su hijo(a) tiene un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP)?

- Sí
- No

¿Qué tan cómodo se siente al leer y comprender la información que le proporciona su PCP sobre las afecciones y los medicamentos de su hijo(a)?

- No tengo ningún problema.
- El inglés no es mi idioma principal.
- Puedo leer la información de salud, pero en ocasiones me cuesta entenderla.
- Me cuesta leer la información, pero la entiendo si me la explican en voz alta.
- Cuento con alguien que me ayuda a leer y entender la información.
- Tengo problemas para leer o comprender la información médica frecuentemente.
- Me gustaría recibir ayuda para aprender a leer y comprender.

¿Su hijo(a) ya se realizó su chequeo de bienestar anual?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) está al día con sus inmunizaciones (vacunas)?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿A su hijo(a) se le ha realizado una prueba de intoxicación por plomo?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) se vacunó contra la gripe durante el último año?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) se vacunó contra la COVID-19?

- Sí
- No
- No estoy seguro

En caso afirmativo, ¿su hijo(a) recibió una dosis de refuerzo contra la COVID-19 durante el último año?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) se vacunó contra el virus del papiloma humano (VPH)?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hija está embarazada actualmente?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) es sordo(a) o tiene una pérdida auditiva que requiere un equipo especial?

- Sí
- No

¿Su hijo(a) se realizó un examen de la vista en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) acudió a un dentista en los últimos 12 meses?

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Su hijo(a) realiza actividades físicas, incluso por períodos breves? Algunos ejemplos de estas actividades serían caminar a paso ligero, correr, realizar ejercicios o actividades en el gimnasio, o un programa deportivo.

- Sí
- No
- No estoy seguro

¿Cuántas horas suele dormir su hijo(a) al día, incluidas las siestas?

- Menos de 8 horas
- Entre 8 y 11 horas
- Entre 12 y 16 horas
- Más de 16 horas

En general, ¿cómo calificaría el nivel actual de estrés en su vida?

- Bajo
- Medio
- Alto

¿Su hijo(a) come frutas y verduras a diario?

- Sí
- No
- No le gustan
- No puede
- No estoy seguro

En los últimos 12 meses, ¿se ha preocupado ante la posibilidad de que se acabaran los alimentos en su hogar antes de que tuviese dinero para comprar más?

- Cierta frecuentemente
- Cierta a veces
- No es cierto

En los últimos dos meses, ¿ha vivido en una vivienda segura que es propia, la alquila o se aloja como parte de un grupo familiar?

- Sí
- No

¿Actualmente su hijo(a) tiene alguna de las siguientes afecciones de salud? Marque todas las opciones que correspondan.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trastorno por déficit de atención (TDA) o trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) | <input type="checkbox"/> Deficiencia de la hormona del crecimiento |
| <input type="checkbox"/> Consumo de alcohol o drogas | <input type="checkbox"/> Hemofilia |
| <input type="checkbox"/> Ansiedad | <input type="checkbox"/> Colesterol alto |
| <input type="checkbox"/> Asma | <input type="checkbox"/> VIH o SIDA |
| <input type="checkbox"/> Autismo | <input type="checkbox"/> Insuficiencia/enfermedad renal |
| <input type="checkbox"/> Enfermedad autoinmune | <input type="checkbox"/> Discapacidad de aprendizaje |
| <input type="checkbox"/> Ceguera | <input type="checkbox"/> Enfermedad hepática |
| <input type="checkbox"/> Cáncer o leucemia | <input type="checkbox"/> Distrofia muscular |
| <input type="checkbox"/> Parálisis cerebral | <input type="checkbox"/> Dificultad/enfermedad respiratoria |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita | <input type="checkbox"/> Anemia de células falciformes |
| <input type="checkbox"/> Fibrosis quística | <input type="checkbox"/> Trastorno del habla |
| <input type="checkbox"/> Depresión | <input type="checkbox"/> Uso de tabaco o cigarrillos electrónicos |
| <input type="checkbox"/> Retraso del desarrollo | <input type="checkbox"/> Deficiencia visual |
| <input type="checkbox"/> Diabetes | <input type="checkbox"/> Atención de heridas |
| <input type="checkbox"/> Problemas gastrointestinales | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |
| | <input type="checkbox"/> Ninguno |

¿Su hijo(a) usa alguno de los siguientes equipos médicos?

- Andador/muletas
- Silla de ruedas
- Aparatos ortopédicos o prótesis
- Lentes de contacto o anteojos
- Suministros/equipo para diabéticos
- Dispositivos para la audición
- Nebulizador
- Oxígeno
- Presión positiva continua en las vías respiratorias (CPAP)/Presión positiva binivelada en las vías respiratorias (BIPAP)
- Respirador doméstico
- Monitor doméstico
- Bomba de alimentación
- Otro: _____

¿A su hijo(a) le cuesta tomar los medicamentos que le receta su médico? Marque todas las opciones que correspondan.

- No le ha recetado ninguno
- No tiene problemas
- No entiendo lo suficiente sobre los medicamentos
- Presenta efectos secundarios
- Es alérgico(a) a los medicamentos recetados
- Tiene problemas para tragar
- Son difíciles de tomar
- Se le olvida tomarlos
- Tiene problemas con el médico o la farmacia
- No puedo pagar los copagos
- Tiene preguntas o problemas relacionados con la cobertura del seguro
- No dispone de transporte para obtener los medicamentos
- Ya no necesita los medicamentos
- Se le acabaron, no los surtió o intentó hacerlo antes de tiempo

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha observado que su hijo(a) tiene poco interés en hacer cosas o que no disfruta haciéndolas?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha observado que su hijo(a) se siente decaído, depresivo o sin esperanza?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha observado que su hijo(a) se siente nervioso, ansioso o al límite?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

Durante las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia ha observado que su hijo(a) no puede detener o controlar su preocupación?

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi todos los días

¿Su hijo(a) actualmente acude a un terapeuta por depresión o ansiedad?

- Sí
- No
- Desea recibir asistencia

Servicio al cliente: 866-781-5094 (TTY: 866-773-9634), de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 6:00 p. m.
Línea de enfermería disponible las 24 horas: 800-830-1525 (TTY: 711+),
disponible las 24 horas del día, los siete días de la semana

www.HealthyBlueSC.com

Healthy Blue es ofrecido por BlueChoice HealthPlan, un licenciario independiente de Blue Cross Blue Shield Association.

BCMC-217745-10-2023