

Usted está recibiendo este formulario debido que está participando en un nuevo plan de salud de Medi-Cal. Santa Clara Family Health Plan (SCFHP) usará este formulario para asegurarse de que usted reciba la atención necesaria.

Llene los círculos con un bolígrafo negro o azul para las respuestas que correspondan en su caso. Complete un formulario para cada persona en su familia que se esté inscribiendo en un nuevo plan de salud de Medi-Cal.

Si tiene preguntas, llame a SCFHP al número gratuito 1-877-230-3888 de lunes a viernes, de 8:30 a. m. a 5:00 p. m. Los usuarios de TDD/TTY deben llamar al 1-800-735-2929 or 711.

Devuelva el formulario completo en el sobre con franqueo pagado adjunto a:

Santa Clara Family Health Plan
PO Box 18880
San Jose, CA 95158

Llenar este formulario es voluntario. No se le negará la atención con base en sus respuestas confidenciales.

Fecha de nacimiento: _____

Identificación del miembro: _____

Nombre de la persona que completa el formulario:

-
1. ¿Necesita consultar a un médico dentro de los siguientes 60 días? Sí No
 2. ¿Toma 3 o más medicamentos con receta médica cada día? Sí No
 3. ¿Consulta a algún médico regularmente por algún problema de salud mental como depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia? Sí No
 4. ¿Ha estado en la Sala de emergencias dos o más veces en los últimos 12 meses? Sí No
 5. ¿Se le ha admitido en el hospital en los últimos 12 meses? Sí No
 6. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como para bañarse, vestirse, preparar la comida o alguna otra actividad diaria en los últimos 6 meses? Sí No
 7. ¿Está usando equipo o suministros médicos, como una cama de hospital, una silla de ruedas, un andador, oxígeno o bolsas de ostomía? Sí No
 8. ¿Tiene un estado médico que limita sus actividades o lo que puede hacer? Sí No
 9. ¿Está embarazada? Sí No

9a. Si respondió sí, ¿la está atendiendo actualmente un médico para este embarazo?

..... Sí No

10. ¿Consulta a un médico regularmente para tratar un estado médico crónico? Sí No

Si respondió sí, llene todo lo que corresponda:

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Problemas
cardíacos | <input type="radio"/> Enfermedad
renal |
| <input type="radio"/> Cáncer | <input type="radio"/> Hepatitis | <input type="radio"/> Convulsiones |
| <input type="radio"/> Fibrosis quística | <input type="radio"/> Hipertensión | <input type="radio"/> Anemia
falciforme |
| <input type="radio"/> Diabetes | <input type="radio"/> VIH o SIDA | <input type="radio"/> Tuberculosis |
| <input type="radio"/> Otro _____ | | |

Si cree que necesita consultar a un médico inmediatamente, llámenos al 1-800-260-2055. También tenemos una Línea de consejería de enfermeras las 24 horas a la que puede comunicarse llamando al 1-877-509-0294.