Por favor conteste las preguntas de la parte de abajo, esta información se le entregará a su MCO. Esta le ayudará a su MCO decidir lo pronto que usted puedes ver un doctor o una emfermera, y los servicios que usted necesite.

Health Choice

Departamento de Salud y Higiene Mental de Maryland

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE NECESIDAD DE SU SALUD

Complete la información para usted como el jefe de familia y cada miembro de su familia. Después de completar la información mande las formas de *Health*Choice al: *Health*Choice, P.O. Box 17008, Baltimore, MD 21203

Información sobre usted y sus miembros de familia	**Jefe de familia**	**1 Miembro de familia**	**2 Miembro de familia**	**3 Miembro de familia****
Por favor escriba la fecha				
Por favor escriba los nombres				
Por favor escriba números de Asistencia Médica				
Las preguntas de salud				
1. ¿Usted (o algún miembro de su familia) est tomando algún medicamento que se rellena?	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No
2. ¿Usted (o algún miembro de su familia) está usando algún equipo o articulos médicos que tienen que ser renovados?	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No	¿Semanal? ❑ Sí ❑ No ¿Mensual? ❑ Sí ❑ No ¿En 2 meses? ❑ Sí ❑ No
3. ¿Lo visita algún trabajador social o algúna emfermera?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
4. ¿Está usted (o algún miembro de su familia) recibiendo algún tipo de consejería? ¿Cual de ellos?:	¿Salud mental? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de alcohol? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de drogas? ❑ Sí ❑ No	¿Salud mental? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de alcohol? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de drogas? ❑ Sí ❑ No	¿Salud mental? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de alcohol? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de drogas? ❑ Sí ❑ No	¿Salud mental? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de alcohol? ❑ Sí ❑ No ¿Abuso de drogas? ❑ Sí ❑ No
5. a. ¿Está usted (o algún miembro de su familia) embarazada, o tuvo usted algún niño en los ultimos 2 meses?	❑ Sí ❑ No *Si contestó sí, conteste 5b y 5c.*	❑ Sí ❑ No *Si contestó sí, conteste 5b y 5c.*	❑ Sí ❑ No *Si contestó sí, conteste 5b y 5c.*	❑ Sí ❑ No *Si contestó sí, conteste 5b y 5c.*
b. ¿Cuantos meses usted tiene?	❑ 1-3 ❑ 4-6 ❑ 7-9	❑ 1-3 ❑ 4-6 ❑ 7-9	❑ 1-3 ❑ 4-6 ❑ 7-9	❑ 1-3 ❑ 4-6 ❑ 7-9
c. ¿Está usted (o algún miembro de su familia) viendo un doctor, para su embarazo? Si contestas sí. Nombre del Doctor o emfermera	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No

** Si usted necesita más espacio para otros miembros de la familia, por favor llame a la linea de *Health*Choice al 1-800-977-7388

Health Choice

Departamento de Salud y Higiene Mental de Maryland

INFORMACIÓN DE LOS SERVICIOS DE NECESIDAD DE SU SALUD

Preguntas de salud	Jefe de familia	1 Miembro de familia	2 Miembro de familia	3 Miembro de familia**
Por favor escriba los nombres				
6. ¿Usted o algún miembro de su familia tiene algún problema de salud? *Por favor marque las que apliquen.*	❑ Asma ❑ Paralis celebral ❑ Diabetes ❑ Problemas del corazón ❑ Presión alta ❑ Emfermedad de células ❑ Plomo ❑ Otros _____	❑ Asma ❑ Paralis celebral ❑ Diabetes ❑ Problemas del corazón ❑ Presión alta ❑ Emfermedad de células ❑ Plomo ❑ Otros _____	❑ Asma ❑ Paralis celebral ❑ Diabetes ❑ Problemas del corazón ❑ Presión alta ❑ Emfermedad de células ❑ Plomo ❑ Otros _____	❑ Asma ❑ Paralis celebral ❑ Diabetes ❑ Problemas del corazón ❑ Presión alta ❑ Emfermedad de células ❑ Plomo ❑ Otros _____
7. Usted (o algún miembro de su familia) a estado viendo algún doctor o emfermera, o está visitando algúna clínica. Si contesta sí, por favor escriba la información de su doctor o clínica.	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
8. Miembros de ciertos grupos necesitan servicios especiales. Usted (o algún miembro de la familia) es miembro de algúno de estos grupos especiales:				
a. ¿Algún niño que tenga algún cuidado médico especial? Si contesta sí, por favor explique.	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
b. ¿Tiene algún problema de atrasamiento?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
c. ¿Eres un vagabundo o se encruentra desamparado?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
d. ¿Tiene usted algún problema físico?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
e. ¿Tiene HIV/AIDS (Cida)?	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No
9. Si usted (o algún miembro de la familia) está en las edades de 2 – 21, cuándo fué la última vez que vio un dentista?	❑ En menos de 6 meses ❑ En los pasados 6 – 12 meses ❑ en 1 año o más	❑ En menos de 6 meses ❑ En los pasados 6 – 12 meses ❑ en 1 año o más	❑ En menos de 6 meses ❑ En los pasados 6 – 12 meses ❑ en 1 año o más	❑ En menos de 6 meses ❑ En los pasados 6 – 12 meses ❑ en 1 año o más

** Si usted necesita más espacio para otros miembros de la familia, por favor llame a la linea de *Health*Choice al 1-800-977-7388