



# FORMULARIO DE INFORMACIÓN MÉDICA

Completar este formulario es voluntario. No se le negará la atención en función de sus respuestas. Sus respuestas son confidenciales. **Este formulario nos ayudará a ponerle en contacto con los servicios y la asistencia adecuados.**

\*Indica respuesta obligatoria

Nombre del afiliado a CalViva Health  
(Apellido y nombre)

Fecha de nacimiento (MMDDAAAA)

\*Número de ident. de Medi-Cal:

Correo electrónico:

Nombre y pronombre que prefiere:

1. ¿Cómo calificaría su salud?      Excelente      Muy buena      Buena      Regular      Mala

2. ¿Cuál es su altura (en pies/pulgadas)?

Pies      2      3      4      5      6      7      No sabe

Pulgadas      0      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      11      No sabe

3. ¿Cuál es su peso (en libras)?

4. ¿Tiene un médico o proveedor de atención de salud?      Sí      No

5. ¿Ha visitado a su médico o proveedor de atención de salud en los últimos 6 meses?      Sí      No

6. ¿Cuántas veces acudió al hospital en los últimos 6 meses?

Nunca      Una vez      Dos veces      Tres veces      Cuatro veces      Cinco veces o más

7. ¿Cuántas veces acudió al departamento de emergencias en los últimos 6 meses?

Nunca      Una vez      Dos veces      Tres veces      Cuatro veces      Cinco veces o más

8. ¿Cuántos medicamentos recetados por su médico o proveedor de atención de salud toma?

0      1 a 3      4 a 7      8 a 14      15 o más

9. ¿Se ha vacunado contra la gripe en los últimos 12 meses?      Sí      No

10. ¿Acude al médico por alguna enfermedad crónica?      Sí      No

*En caso afirmativo, marque todas las opciones que correspondan:*

Asma/Problemas pulmonares

Problemas cardíacos

VIH o sida

Diabetes      Enfermedad renal      Convulsiones      Otro

11. ¿Necesita ver a un médico en los próximos 60 días?      Sí      No

12. ¿Le sangran las encías cuando se cepilla los dientes?      Sí      No

13. ¿Ha tenido dolor dental en el último mes?      Sí      No

14. ¿Cuánto tiempo ha pasado desde la última vez que visitó al dentista o una clínica dental por cualquier motivo?

Menos de 12 meses      Más de 12 meses

15. ¿Le gustaría trabajar con personal de enfermería, un trabajador social, o un trabajador comunitario de salud para planificar su atención de salud?

Sí      No

16. ¿Alguna vez ha tenido problemas para transportarse a sus citas médicas?      Sí      No
17. ¿Tiene problema para concertar citas con su médico?      Sí      No
18. ¿Tiene problemas para conseguir sus medicamentos recetados?      Sí      No
19. ¿Utiliza equipos o suministros médicos, como camas de hospital, sillas de ruedas, andadores, oxígeno o bolsas de ostomía?  
Sí      No
20. ¿Tienes alguna condición que limite sus actividades o lo que puede hacer?      Sí      No
21. ¿Ha necesitado ayuda con el cuidado personal, como bañarse, vestirse o cambiarse vendajes en los últimos seis (6) meses?  
Sí      No
22. ¿Está cursando un embarazo?      Sí      No
- 22a. Si lo está, ¿se atiende actualmente con un médico debido al embarazo?      Sí      No
- 22b. ¿Tiene previsto quedarse embarazada en los próximos 12 meses?      Sí      No
23. ¿Acude regularmente al médico por un trastorno de salud mental como ansiedad, depresión, trastorno bipolar o esquizofrenia?      Sí      No
24. Durante el último mes (30 días), ¿cuántos días se ha sentido solo/a? (Marque una opción)
- |  |                 |   |  |
|--|-----------------|---|--|
| Nunca me siento solo/a                       | Menos de 5 días | Entre 5 y 15 días                             |  |
| Más de la mitad de los días (más de 15 días) |                 | Casi todos los días; siempre me siento solo/a |  |
25. ¿En dónde vive? (Marque todas las opciones que correspondan)
- |                                   |                                |                                  |      |
|-----------------------------------|--------------------------------|----------------------------------|------|
| Casa                              | Complejo de apartamentos       | Centro de alojamiento y cuidados |      |
| Centro de tratamiento residencial | Centro de atención residencial | Hogar de ancianos                |      |
| Vivienda con apoyo permanente     | Vivienda protegida             | Actualmente sin hogar            | Otro |
26. ¿Le preocupa perder su vivienda?      Sí      No
27. ¿Con quién vive?      Solo/a      Con mi cónyuge o pareja      Con un cuidador  
Con mis hijos, familiares o amigos      Con otros residentes del centro o programa
28. En los últimos 3 meses, ¿le ha preocupado quedarse sin alimentos antes de tener dinero para comprar más?  
Sí      No
29. En los últimos 12 meses, ¿la compañía eléctrica, de gas o agua ha amenazado con cortar los servicios en su hogar?  
Sí      No
30. CalViva Health ofrece beneficios para apoyar a las personas involucradas en procesos judiciales o que se reincorporan a la comunidad. En el último año, ¿ha pasado más de dos noches seguidas en una cárcel, prisión, centro de detención o centro correccional juvenil?      Sí      No
31. Responder a la siguiente pregunta nos ayudará a cuidar mejor de su salud y bienestar de una manera respetuosa. ¿Cuál de las siguientes opciones le describe mejor? (marque una opción en cada renglón)
- |    |              |          |                         |                        |            |                        |  |
|----|--------------|----------|-------------------------|------------------------|------------|------------------------|--|
| A. | Heterosexual | Lesbiana | Gay                     | Bisexual               | Otro       | No sé/Lo estoy dudando |  |
| B. | Hombre       | Mujer    | Transgénero (masculino) | Transgénero (femenino) | No binario | Otro                   |  |

Si tiene alguna pregunta o desea obtener más información, comuníquese con Servicios al Afiliado de CalViva Health al número gratuito 1-888-893-1569 (TTY: 711), las 24 horas del día, los 7 días de la semana.