



Encuesta «Para conocerlo» 2024 (evaluación de salud)

La información que brinda esta encuesta de evaluación de salud se utiliza para conocerlo mejor. Las respuestas se mantendrán privadas y seguras. La información no se utilizará para un fin discriminatorio. Puede cambiar esta información en el futuro completando un nuevo formulario de la encuesta «Para conocerlo» en Internet: cloverhealth.com/you.

Queremos ayudarlo a que su estado de salud sea óptimo y brindarle una atención médica personalizada. Completar este formulario nos ayudará a asegurarnos de que tenga acceso a los servicios que necesita.

Hay tres maneras de completar y enviar este formulario:

1. Complete esta encuesta en papel y envíenosla. El domicilio de envío se encuentra al final del formulario.
2. Complete la encuesta en Internet en cloverhealth.com/you.
3. Complete la encuesta por teléfono con un representante de servicios para miembros. Llame a Servicios al Miembro al **1-888-778-1478 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m., hora local**, los 7 días de la semana*.

Nombre:	Apellido:
Núm. de id. de miembro de Clover Health o núm. de Medicare:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
¿Cuál es su sexo? <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Elijo no responder.	
¿Cuál es su origen étnico? <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> No hispano o latino <input type="checkbox"/> Elijo no responder.	
¿Cuál es su raza? (Seleccione todas las opciones que correspondan): <input type="checkbox"/> Indio estadounidense o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> De color o afroestadounidense <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái u originario de otra isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Elijo no responder.	

¿Qué idioma prefiere cuando habla sobre atención médica? (por ejemplo, mensajes sobre sus beneficios, charla con el médico, materiales de marketing)

Inglés Español Coreano Otro: _____

Elijo no responder.

1. ¿Tiene una línea fija, un número de teléfono móvil o una dirección de correo electrónico?

Línea fija: - -

Teléfono móvil: - -

Al proveer su número móvil y optar por recibir comunicaciones de texto (se pueden aplicar tarifas de mensajes y datos), autoriza a recibir información relacionada con su membresía de Clover Health a través de mensajes de texto (SMS). Los mensajes de texto pueden incluir, entre otros, la confirmación de envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios a los que puede acceder, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing.

*Puede optar por dejar de recibir mensajes de texto en cualquier momento enviando un mensaje de texto con la palabra «STOP» (SUSPENDER) en respuesta a un mensaje de texto o contactando a Servicios al Miembro de Clover Health al **1-888-778-1478**.*

Dirección de correo electrónico: _____

No tengo una dirección de correo electrónico.

Al proveer su dirección de correo electrónico, autoriza a recibir información relacionada con su membresía de Clover Health por correo electrónico. Los correos electrónicos pueden incluir, entre otros, la confirmación de envío de solicitudes, los materiales del plan de salud, la notificación de programas y servicios a los que puede acceder, los recordatorios de salud y las comunicaciones de marketing.

*Puede optar por dejar de recibir las comunicaciones por correo electrónico en cualquier momento haciendo clic en el enlace «UNSUBSCRIBE» (CANCELAR SUSCRIPCIÓN) dentro de cualquier mensaje de correo electrónico o contactando a Servicios al Miembro de Clover Health al **1-888-778-1478**. También puede solicitar una copia impresa del material que Clover Health envíe por correo electrónico.*

2. ¿Podemos enviarle correos electrónicos en lugar de correos postales? Podemos enviar muchas de nuestras comunicaciones por correo electrónico.

Sí No

3. ¿Se siente cómodo usando una computadora o un teléfono inteligente?

Sí No No estoy seguro.

4. ¿Probaría una cita de atención virtual o telesalud para una evaluación de salud o necesidades de atención simples?

Sí No No estoy seguro.

5. ¿Tiene un contacto de emergencia?

Sí No

6. Nombre del contacto de emergencia: _____

7. Número de teléfono del contacto de emergencia:

- -

8. ¿Cuál es su relación con esta persona?

Familia Amigo Otro: _____

*No hablaremos con esta persona sobre su salud a menos que nos dé permiso para hacerlo. Si quiere darnos permiso para hablar con esta persona, complete el formulario de autorización voluntaria para divulgación de información médica protegida (PHI) incluido en el kit de bienvenida. También puede buscar el formulario en Internet en cloverhealth.com/phi-auth o llamar al **1-888-778-1478** para solicitarlo a Servicios al Miembro.*

9. ¿Con quién vive? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Vivo solo.
 Cónyuge o pareja
 Otro familiar
 Amigos
 Cuidadores contratados

10. ¿Usa alguno de los siguientes como ayuda para caminar o moverse? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Muletas Andador Bastón Silla de ruedas Escúter Cama hospitalaria
 Otro: _____ Ninguna de las anteriores Elijo no responder.

11. ¿Necesita ayuda de otra persona para realizar alguna de las siguientes actividades? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Servicio de limpieza básico (por ejemplo, lavar la ropa, lavar los platos, aspirar, etc.)
 Usar el inodoro Ponerse o quitarse la ropa Caminar dentro de la casa
 Tomar las medicaciones Bañarse o ducharse Levantarse de la cama y sentarse en una silla
 Transporte básico (por ejemplo, ir al médico, a la farmacia, a la tienda de comestibles, etc.)
 Hacer recados (por ejemplo, recoger medicaciones o comestibles)
 Ninguna de las anteriores Elijo no responder.

12. Si necesita asistencia con estas actividades, ¿tiene a alguien que lo ayude?

- Nunca Rara vez A veces Con frecuencia Siempre No (No puedo pagarlo).
 Otro: _____ Ninguna de las anteriores Elijo no responder.

13. ¿Quién lo ayuda?

- Cuidadores pagados Familia Amigos Otro: _____
- No corresponde. No necesito ayuda.

14. En el último año, ¿ha sido tratado por alguna de las siguientes afecciones? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Enfermedad vascular (enfermedad vascular periférica, varices en las piernas con úlceras, calambres en las piernas o dolor al caminar)
- Enfermedad pulmonar crónica (enfisema, asma, tos del fumador, EPOC)
- Diabetes (tipo 1 o tipo 2)
- Insuficiencia cardíaca congestiva (pulmonar, hipertensión, insuficiencia cardíaca)
- Enfermedad renal crónica (análisis de sangre renal anormal repetido indicado por el médico o etapa conocida)
- Otra: _____
- Ninguna de las anteriores

15. ¿La falta de transporte le ha impedido asistir a citas médicas, reuniones, al trabajo u obtener las cosas necesarias para la vida diaria? (Seleccione todas las opciones que correspondan).

- Sí, me ha impedido asistir a citas médicas.
- Sí, me ha impedido asistir a reuniones no médicas, citas, al trabajo u obtener las cosas que necesito.
- No
- Elijo no responder esta pregunta.

16. ¿Cuál es su situación de vivienda actual?

- Tengo vivienda.
- No tengo vivienda (la casa de otras personas, un hotel, un refugio, la calle, una playa, un coche o un parque).
- Elijo no responder esta pregunta.

17. ¿Le preocupa perder su vivienda?

- Sí
- No
- Elijo no responder esta pregunta.

17a. Si respondió «sí» en la pregunta 17, ¿le preocupa perder su vivienda en los próximos 6 meses?

- Sí
- No

18. Pensando en el lugar donde vive, ¿tiene problemas con alguno de los siguientes?

(Marque todas las opciones que correspondan):

- Infestación de insectos Humedad Pintura o cañerías de plomo Calefacción o refrigeración inadecuadas
- Horno, estufa o refrigerador no disponibles o que no funcionan
- Detectores de humo no disponibles o que no funcionan
- Fugas de agua
- Otro: _____
- Ninguna de las anteriores
- Elijo no responder.

19. En el último año, ¿usted o alguien con quien vive no pudieron obtener lo siguiente cuando realmente lo necesitaron? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

- Sí No Alimentos
- Sí No Ropa
- Sí No Servicios públicos
- Sí No Cuidado de niños
- Sí No Medicamentos o atención de salud (médica, odontológica, mental, oftalmológica)
- Sí No Teléfono
- Sí No Servicios públicos
- Sí No Otro (especificar): _____
- Ninguna de las anteriores
- Elijo no responder.

19a. Si respondió «sí» en la pregunta 19, ¿esto lo está afectando personalmente?

- Sí No

20. ¿Actualmente fuma (consumo de cigarrillos, vapeo, etc.) o ha fumado en el pasado?

- Fumador actual Exfumador Nunca fumé. Elijo no responder.

21. ¿Con qué frecuencia toma una bebida con alcohol (como cerveza, vino, etc.)?

- Nunca Mensualmente o menos 2-4 veces al mes 2-3 veces por semana
- 4 o más veces por semana Elijo no responder.

22. ¿Con qué frecuencia alguien, incluidos familiares y amigos, lo lastima o amenaza física o emocionalmente (insultos, desprecios, etc.)?

- Rara vez A veces Con bastante frecuencia Con frecuencia Nunca

23. En las últimas dos semanas, ¿con qué frecuencia se ha sentido triste, deprimido o desesperanzado, o ha sentido poco interés o placer en hacer cosas?

- Nunca Varios días Más de la mitad de los días Casi todos los días Elijo no responder.

24. ¿Recibió una vacuna contra la gripe desde el 1 de enero de este año?

Sí No

25. ¿Cuánto mide?

pies pulgadas

26. ¿Cuánto pesa?

libras

27. ¿Tiene la siguiente cobertura de atención médica o los siguientes beneficios? (Seleccione todas las opciones que correspondan):

Medicaid Beneficios para veteranos Seguro privado Otro seguro público (incluido el Programa de Seguro Médico para Niños [CHIP])

Otro: _____

Ninguno Elijo no responder.

28. ¿Tiene un proveedor de atención primaria o PCP (el médico principal que coordina su atención)?

Sí

Nombre del proveedor: _____

Domicilio del proveedor _____

Núm. de teléfono del proveedor: _____

No, me gustaría recibir ayuda para buscar un PCP.

No, no necesito ni quiero ayuda para buscar un PCP.

*Si desea hablar con un gestor de atención sobre las inquietudes que respondió anteriormente, llame a nuestro Departamento de Gestión de Atención al **1-888-995-1689**, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del Este, de lunes a viernes, o envíe un correo electrónico a **wellnessmanagers@cloverhealth.com**.*

Gracias por completar esta encuesta. Envíela lo antes posible. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-888-778-1478 (TTY 711), de 8 a. m. a 8 p. m, hora local, los 7 días de la semana.*

Envíe este formulario por correo postal a:

Clover Health
P.O. Box 21164
Eagan, MN 55121

O envíe este formulario por fax a:

ATTN: Mailroom
1-866-508-0865

* Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, se utilizarán tecnologías alternativas (por ejemplo, buzón de voz) los fines de semana y días festivos.

Clover Health es una organización de proveedores preferidos (PPO) y una organización para el mantenimiento de la salud (HMO) con un contrato de Medicare. La inscripción en Clover Health depende de la renovación del contrato.