



## Encuesta «Para conocerlo» 2023 (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/usted](http://cloverhealth.com/usted).

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 envíela en el sobre adjunto con franqueo pago por correo.
2. Complete la encuesta en Internet: [cloverhealth.com/usted](http://cloverhealth.com/usted).
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 siete días de la semana. Entre el 1 de abril y el 30 de septiembre, las tecnologías alternativas (por ejemplo, el buzón de voz) se utilizarán los fines de semana y días festivos.

Nombre:	Apellido:
Nro. de id. de miembro de Clover Health o nro. de id. de Medicare:	
Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa):	
<b>¿Cuál es su género?</b> Masculino      Femenino      Elijo no responder.	
<b>¿Cuál es su origen étnico?</b> Hispano o latino Ni hispano ni latino Elijo no responder.	
<b>¿Cuál es su raza?</b> (Seleccione todas las opciones que correspondan): Indígena estadounidense o nativo de Alaska Asiático De color o afroestadounidense Hispano o latino Nativo de Hawái u originario de otra isla del Pacífico Blanco Otro: _____ 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      Chino      Hindi      Árabe  
Armenio      Ruso      Farsi      Francés      Alemán      Tagalo  
Griego      Criollo haitiano      Italiano      Navajo      Portugués      Polaco  
Vietnamita      Lenguaje de señas estadounidense      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. ¿Tiene un contacto de emergencia?**

Sí No

**3. Nombre del contacto de emergencia:** .....

**4. Número de teléfono del contacto de emergencia:**

**5. ¿Cuál es su relación con esta persona?**

Familiar 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](http://cloverhealth.com/phi-auth) o llamar al **1-888-778-1478** para solicitarlo a Servicios al Miembro.*

**6. ¿Cuál es su situación de vivienda hoy?**

Tengo un lugar estable para vivir.

Tengo un lugar donde vivir hoy, pero me preocupa perderlo en el futuro.

No tengo un lugar estable para vivir. (Me quedo temporalmente con otras personas, en un hotel o refugio, afuera en la calle o en un parque, en una playa, en un coche o un edificio abandonado, o en un autobús o estación de tren).

Elijo no responder.

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

Vivo solo.

Cónyuge o pareja

Otros familiares

Amigos

Cuidadores contratados

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

(Marque todas las opciones que correspondan):

Infestación de insectos Moho Pintura con plomo o tuberías

Calefacción o refrigeración inadecuadas

Horno, cocina o refrigerador no disponibles o que no funcionan

Detectores de humo no disponibles o que no funcionan

Pérdidas de agua

Otro: .....

Ninguna de las anteriores

Elijo no responder.

**9. En los últimos 12 meses, ¿los alimentos que compró no le alcanzaron y no tenía suficiente dinero para comprar más?**

Con frecuencia fue así.      A veces fue así.      Nunca fue así.

**10. Durante los últimos 12 meses, ¿usted o alguien con quien vive no ha podido obtener lo siguiente cuando realmente lo necesitó?** (Seleccione todas las opciones que correspondan):

Alimentos

Medicamentos o atención de la salud (por ejemplo, atención médica, odontológica, oftalmológica, de salud mental)

Transporte que lo lleva a citas médicas, reuniones, lugares de trabajo o sitios para obtener cosas necesarias para la vida diaria

Alguien que lo ayude con el cuidado o las necesidades domésticas

Equipo que necesita para estar seguro (por ejemplo, andador, silla para inodoro, agarraderas, etc.)

Teléfono

Servicios públicos (agua, alcantarillado, electricidad, gas, combustible o recolección de basura)

Vestimenta

Cuidado de niños

Internet o tecnología digital (por ejemplo, teléfono inteligente, tableta o computadora con acceso a Internet)

Otro: \_\_\_\_\_

Ninguna de las anteriores

Elijo no responder.

**11. ¿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 de hospital

Otro: \_\_\_\_\_      Ninguna de las anteriores      Elijo no responder.

**12. ¿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.)

Uso del inodoro      Ponerse o quitarse la ropa      Caminar dentro de la casa

Tomar las medicaciones      Bañarse o ducharse      Salir de la cama y sentarse en una silla

Transporte básico (por ejemplo, ir al médico, la farmacia, la tienda de comestibles, etc.)

Hacer recados (por ejemplo, recoger medicaciones o comestibles)

Ninguna de las anteriores      Elijo no responder.

**13. 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.

**14. ¿Quién lo ayuda?**

Cuidadores pagados      Familiares      Amigos      Otro: \_\_\_\_\_  
No corresponde. No necesito ayuda.

**15. 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)
- Ninguna de las anteriores

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

Fumador actual      Exfumador      Nunca fumé.      Elijo no responder.

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

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

**18. ¿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

**19. 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.

**20. ¿Cuándo fue la última vez que se vacunó contra la gripe? (Ingrese el año).**

**21. ¿Cuánto mide?**

pies      pulgadas

**22. ¿Cuánto pesa?**

libras

**23. ¿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: \_\_\_\_\_

Ninguna      Elijo no responder.

**24. Teniendo en cuenta algunas de sus respuestas, ¿le interesaría que alguien se contactara con usted para ofrecerle ayuda?**

Sí      No

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

Sí

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Domicilio del proveedor: \_\_\_\_\_

Nro. de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

No, me gustaría recibir ayuda para buscar un PCP.

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

**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 siete días de la semana.\***

Envíe este formulario por correo postal a la siguiente dirección:

Clover Health

P.O. Box 471

Jersey City, NJ 07303

O envíe este formulario por fax al siguiente número:

ATTN: Mailroom

1-866-508-0865

Envíe este formulario por correo electrónico como archivo adjunto:

PO\_Box\_471@cloverhealth.com

\* 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.