



**Anthem HealthKeepers Plus**  
Offered by HealthKeepers, Inc.

Estimado(a) Miembro:

Nuestro cometido es ayudar a que usted y su familia conserven la salud. Esta evaluación de la salud ayudará a informarnos sobre su salud y coordinar su atención de una manera que se adapte a sus necesidades particulares.

Le pedimos que por favor se tome el tiempo necesario para contestar las preguntas de la mejor manera que pueda. **Si tiene preguntas sobre la evaluación o desea completarla por teléfono, por favor, llámenos al 1-844-533-1994, ext. 35566, (TTY 711) de 8:30 a.m. a 5 p.m., hora del este de lunes a viernes.**

Después de que haya terminado la evaluación, devuélvala en el sobre adjunto que ya viene preparado con la dirección. La información que usted nos proporcione no se divulgará a nadie que no necesite saberla.

Si extravía el sobre, puede enviar el formulario completado a:

Anthem HealthKeepers Plus  
Outreach Department  
VA2002-N800  
P.O. Box 27401  
Richmond, VA 23286-8708

Call toll free for translation or oral interpretation at no cost/Llame a la línea gratuita para servicios de traducción o interpretación sin cargo: 1-800-901-0020 (Medallion Medicaid, FAMIS); 1-855-323-4687 (CCC Plus); TTY 711.

[www.anthem.com/vamedicaid](http://www.anthem.com/vamedicaid)

HealthKeepers, Inc. es un licenciatario independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, Inc. Los nombres y los símbolos de Blue Cross y Blue Shield son marcas registradas de Blue Cross and Blue Shield Association.



**Anthem HealthKeepers Plus**  
Offered by HealthKeepers, Inc.

**Evaluación de salud**

Por favor, lea cada pregunta. Encierre en un círculo la respuesta que mejor lo describe a usted o al miembro. Si la pregunta pide completar el espacio en blanco, por favor, escriba su respuesta en el espacio provisto.

Fecha de hoy: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona que está completando la encuesta:  
\_\_\_\_\_

Relación con el/los miembro(s) \_\_\_\_\_ Calle: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Teléfono de casa: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Teléfono celular: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

¿Podemos enviarle mensajes de texto y continuar llamándole a su teléfono celular?

Marque una opción: Sí No

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el mejor número de teléfono para comunicarnos con usted?

Marque una opción: Casa Celular Otro.

Si es otro, por favor escriba el número: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Al proporcionarnos este número de teléfono, nos da permiso para llamar a este número de teléfono.

| Nombre del miembro   | # de ID de Medicaid o FAMIS | # de ID de Anthem HealthKeepers Plus del miembro (nueve dígitos)   |
|--|-----------------------------|--|
| <p>1. ¿Tiene usted un proveedor de atención primaria (PCP) a quien acude está enfermo o necesita chequeos de rutina?<br/>Sí No No sé</p> <p>2. ¿Acude a algún especialista con regularidad?<br/>Sí No No sé</p> <p>3. ¿Ha estado en el hospital durante el último año o tiene prevista alguna intervención en el hospital durante los próximos 60 días?<br/>Sí No No sé</p> <p>4. ¿Está tomando algún medicamento con receta o de venta libre?<br/>Sí No No sé</p> |                             | <p>7. ¿Tiene necesidades de atención médica con que le podemos ayudar?<br/>Sí No No sé</p> <p>7a. Por favor, describa las necesidades de atención médica en el espacio a continuación.</p> <p>8. ¿Tiene otras necesidades de atención médica como asistencia con los medicamentos, equipo médico duradero, etc.?<br/>Sí No No sé</p> <p>8a. Por favor, describa sus otras necesidades de atención médica en el espacio a continuación.</p> |



**Anthem** HealthKeepers Plus  
Offered by HealthKeepers, Inc.

|  |  |
|--|--|
| <p>5. ¿Ha sido diagnosticado con una afección de salud conductual o tiene antecedentes de una afección de salud mental?</p> <p>Sí No No sé</p> <p>6. ¿Recibe intervenciones adicionales, como servicios especiales a través de la escuela, de atención de enfermería, ayuda diurna o asistencia personal?</p> <p>Sí No No sé</p> | <p>9. ¿Necesita ayuda con recomendaciones para otros servicios de atención médica o sociales como vivienda, alimentación o ropa?</p> <p>Sí No No sé</p> <p>9a. Por favor, describa las necesidades en el espacio a continuación.</p><br><br><br><br><br><br><br><br><br><br><p>10. Solamente para las miembros: ¿Está embarazada?</p> <p>Sí No No sé</p> |
|--|--|