



Anthem HealthKeepers Plus
Offered by HealthKeepers, Inc.

Estimado 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 sus cuidados 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. Después de que haya terminado la evaluación, devuélvala en el sobre adjunto que ya viene preparado con la dirección.

Si extravía el sobre, puede enviarnos la evaluación de salud completa a:

Anthem HealthKeepers Plus plan
Case Management
Mail Drop VA2002-N800
P.O. Box 27401
Richmond, VA 23286-8708

¿Tiene alguna pregunta? Estamos a una llamada de distancia.

Si tiene alguna pregunta sobre la evaluación o desea completarla por teléfono, llámenos al 1-844-533-1994, ext. 106-103-5148, de lunes a viernes, de 8 a. m. a 6 p. m., hora del este.

Gracias por elegir Anthem HealthKeepers Plus.

Cordialmente.

Su equipo de Anthem HealthKeepers Plus

Adjuntos: Obtenga ayuda en otros idiomas
 Aviso de no discriminación

www.anthem.com/vamedicaid

HealthKeepers, Inc. es un licenciataria independiente de Blue Cross and Blue Shield Association. ANTHEM es una marca comercial registrada de Anthem Insurance Companies, 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 el formulario: _____

Relación con el/los miembro(s): _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Teléfono de casa: (_____) _____

Teléfono celular: (_____) _____

¿Podemos enviarle mensajes de texto? Marque una opción: Sí No

¿Podemos llamarlo a su teléfono celular? Marque una opción: Sí No

Dirección de correo electrónico: _____

¿Podemos comunicarnos con usted por correo electrónico? Marque una opción: Sí No

¿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.

MÁS PREGUNTAS AL DORSO; GIRE PARA CONTINUAR →

Nombre del miembro	DOB 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 cuidado primario (PCP) a quien acude cuando está enfermo o necesita chequeos de rutina? Sí No No sé</p> <p>2. ¿Acude a algún especialista con regularidad? 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? Sí No No sé</p> <p>4. ¿Está tomando algún medicamento con receta o de venta libre? Sí No No sé</p> <p>5. ¿Le diagnosticaron una afección de salud conductual o tiene antecedentes de una afección de salud conductual? Sí No No sé</p> <p>6. ¿Recibe intervenciones adicionales, como servicios especiales a través de la escuela, cuidados de enfermería, ayuda diurna o asistencia personal? Sí No No sé</p> <p>7. ¿Necesita asistencia para acceder a alimentos, vivienda, transporte, cuidado de la salud, educación/alfabetización y/o servicios de empleo? Sí No No sé</p> <p>7a. Por favor, describa las necesidades en el espacio a continuación.</p>	<p>8. ¿Tiene otras necesidades de cuidado de la salud, como asistencia con los medicamentos, equipo médico duradero, etc.? Sí No No sé</p> <p>8a. Por favor, describa las necesidades de cuidado de la salud adicionales en el espacio a continuación.</p> <p>9. ¿Le diagnosticaron un trastorno por abuso de sustancias o tiene antecedentes de abuso de sustancias? Sí No No sé</p> <p>10. ¿Vivió algún evento traumático que lo esté afectando emocional, conductual y/o físicamente en este momento? Sí No No sé</p> <p>11. ¿Podemos ayudarle con alguna necesidad de cuidado de la salud no satisfecha? Sí No No sé</p> <p>11a. Por favor, describa las necesidades de cuidado de la salud en el espacio a continuación.</p> <p>12. Solamente para mujeres: ¿Está embarazada? Sí No No sé</p>		